

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

251

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR

Gabriel GIBORY,

Né à Villers-en-Ouche (Orne), le 25 Mars 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROCIDENCE & DU PROCUBITUS

DU CORDON OMBILICAL

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. } TILLAUX, professeur.
RICARD et VARNIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

251

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Juin 1893, à 1 heure

PAR

Gabriel GIBORY,

Né à Villers-en-Ouche (Orne), le 25 Mars 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PROCIDENCE & DU PROCUBITUS

DU CORDON OMBILICAL

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
RICARD et VARNIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique	N....
Cliniques d'accouchements	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	CHARCOT.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN.	MM. DEJERINE.	MM. MARFAN.	MM. RETTERER.
ANDRÉ.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROYER.
BAR.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GILBERT.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMES-	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
SE.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MESSIEURS LES DOCTEURS GUILLET ET GOSSELIN

ET A TOUS MES AUTRES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE D'AMOUR FILIAL ET DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MA SŒUR

FAIBLE GAGE D'UNE AFFECTION SINCÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

MONSIEUR A. GIBORY

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR A. PERDRIEL

A MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
PROCIDENCE & DU PROCUBITUS
DU CORDON OMBILICAL

AVANT PROPOS.

L'étude des procidences du cordon ombilical est l'une des premières en date dans l'histoire de l'obstétrique. La présentation d'une anse de cordon précédant la présentation du fœtus, l'expulsion consécutive d'un enfant mort ou tout au moins difficile à ranimer, les modifications de couleur et de consistance du liquide amniotique, à une époque même où l'on ne pouvait bénéficier des avantages de l'auscultation fœtale : tous ces signes ne pouvaient échapper à l'œil sagace des Mauriceau, des Baudelocque, des La Châpelle et de tant d'autres dont s'honore l'Obstétrique. Aussi la procidence occupa-t-elle rapidement l'une des premières places parmi les causes de mort du fœtus pendant le travail.

Mais bientôt l'on s'aperçut de ce fait, que nombre d'enfants avaient éprouvé tous les symptômes de la compression funiculaire, sans que l'examen

Le plus attentif eût révélé de procidences avant l'expulsion et sans que l'on eût ensuite constaté de circulaires autour du cou et des membres. A quoi tenaient les accidents constatés ? C'est en pratiquant un toucher attentif ou en introduisant les cuillers du forceps que l'on eut la clef de l'énigme : on sentait le cordon insinué entre la paroi utéro-pelvienne et la partie fœtale en présentation.

C'est à cette constriction de la tige funiculaire que l'on a donné le nom de Procubitus. Malheureusement la signification primitive des mots a été altérée et dans la plupart des classiques règne une confusion évidente des deux termes que nous venons de définir.

C'est pour essayer de faire cesser cette confusion et de leur fixer des limites, que nous faisons de la procidence et du procubitus le sujet de notre thèse inaugurale. Nous n'aurons du reste qu'à suivre dans ce travail les savantes leçons de notre excellent maître, M. le professeur Pinard, dont nous avons été l'élève pendant six mois et à qui nous devons toutes nos connaissances en accouchements. Qu'il nous permette de lui adresser tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le professeur Pinard a trouvé un puissant vulgarisateur de ses idées dans M. le professeur agrégé Varnier à qui nous avons fait de larges em-

prunts. Sa monographie des procidences, parue dans la Revue pratique d'Obstétrique et d'Hygiène de l'enfance, a été pour nous un guide sûr et plein d'enseignements. [Nous l'en remercions.

Nous ne saurions avoir trop de gratitude pour M. le Dr Lepage, chef de clinique de M. le professeur Pinard. C'est lui qui nous a donné les premières indications sur notre travail, qui nous a empêché de nous perdre dans des considérations trop théoriques, en nous ramenant sans cesse à l'étude précise des faits. C'est grâce enfin à ses encouragements que nous avons persévéré dans notre travail, et que nous avons pu achever le dépouillement des 5,550 accouchements effectués à la clinique Baudelocque depuis sa fondation jusqu'à l'heure présente (du 6 juillet 1889 au 10 mai 1893.)

M. le docteur Bouf de Saint-Blaise, moniteur de la Clinique Baudelocque, a bien voulu revoir nos épreuves et nous signaler les erreurs qui s'étaient glissées dans notre seconde partie. Nous tenons à lui en témoigner toute notre reconnaissance.

Nous remercions aussi Mlle Roze, sage-femme en chef de la clinique et Mesdemoiselles Dubuisson et Villeneuve, sages-femmes adjointes, qui ont gracieusement mis à notre disposition tous les registres et observations dont nous pouvions avoir besoin.

DIVISION DU SUJET ET HISTORIQUE

C'est d'après la situation du cordon par rapport à la présentation et d'après le moment de sa chute, qu'on divise les prolapsus en procidence et en procubitus. Il était logique de penser à priori que ces deux accidents, tout en conservant une certaine communauté d'origine, offriraient au point de vue étiologique et symptomatique de notables différences. Nous verrons par la suite de cette étude la clinique confirmer la théorie. C'est donc deux chapitres distincts que nous essayerons de tracer. L'étude sera plus facile pour le premier déjà bien connu que pour le second encore à peine ébauché.

Mauriceau (maladies des femmes grosses, 1721, t. II) est le premier qui ait bien reconnu et judicieusement étudié les « chutes du cordon ». Deventer, à la même époque, conseillait déjà de faire coucher les femmes sur le ventre pour les réduire. Mais ce sont surtout Baudelocque (Art des accouchements, 1810) et M^{me} Lachapelle (Pratique des accouchements, 1819) qui, par de nombreux relevés, et grâce à leur merveilleux talent d'observation, surent élucider les causes, indiquer les signes et démontrer les dangers de la procidence.

Dans la revue médicale de 1826, Dudan indique l'emploi du forceps en pareil cas. Puis viennent les travaux de Collins (a practical treatise of midwifery, 1830), de Michaëlis (clinique de Kiel, 1833), de Nœgele (De prolapsu funiculi umbilicalis, Heidelbergae, 1839), de Jacquemier (Manuel d'accouchements, 1846), qui ajoutent de nombreux chapitres à l'étude des procidences, et inspirent les thèses de Schuré (Strasbourg, 1835), de Rouvinet (Berne, 1837), de Delavigne (Paris, 1852), d'Armangaud (Paris, 1858), de Desouriau (Paris, 1866), de Cordeiro da Silva (Paris, 1869), de Rabaine (Paris, 1870), de Bouquillon (Paris, 1871), de Ferrandi (Paris, 1872).

Le mémoire de Chassagny (mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, 1866, t. V) met en relief l'influence des rétrécissements du bassin sur l'étiologie du prolapsus. Ritgen, Gaillard-Thomas (postural treatment of prolapsed funis, New-York, 1868) s'occupent surtout du traitement par la position genu-pectorale, tandis que Hubert (nouveaux refouloirs du cordon ombilical, Louvain, 1876), revenant aux idées de Baudelocque, s'ingénie à trouver des instruments pour la rétropulsion, suivi dans cette pratique par Ashford (Ballooned the prolapsed ombilical cord, New-York, 1878) qui préconise le pessaire Gariel. M. Tarnier, dès 1869 (Art. cordon du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique), Simpson, traduit par Chantreuil (Paris, 1874) et Matthews Duncan (transactions of obstetrical so-

ciety, London, 1879) étudient le prolapsus à un point de vue général.

En 1875, Braxton Hicks, en dotant l'obstétrique de la version bipolaire (*Reposition of the prolapsed funiculi umbilicalis*, London) ouvre un horizon nouveau à la thérapeutique de la procidence, Schæffer (*Beitrag zur Ætiolog. und Therap. des nabelschnurvorf bei Kopflagen* Greiswald, 1881) et M. Maygrier (note sur 2 cas de procidence du cordon ombilical en dehors du travail, *Progrès médical*, 1887) étudient surtout l'étiologie. Le traitement fait l'objet des travaux de Fritsch (*Klinick der Geburtsh operationen*, Halle, 1888), de N. Charles (réduction manuelle de la procidence, Liège, 1888), de M. Champetier de Ribes (*De l'accouchement provoqué à l'aide du ballon*, Paris, 1888), de Lusk (*the science and art of the midwifery*, London, 1889) et de M. Tarnier (*Journal des sages-femmes*, 1892).

Enfin, dans ces dernières années, la procidence a été magistralement traitée surtout pour ce qui regarde l'étiologie et le traitement par M. le Professeur Pinard. Ses leçons ont été développées par M. Varnier dans la revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance (Paris, 1890) et par M^{me} Boyer (Thèse de Paris, 1892) pour ce qui regarde l'intervention.

Nous espérons que les tableaux ci-joints qui servent de fondement à notre thèse et les quelques réflexions que nous édifierons dessus ne feront que confirmer les idées de notre maître.

PREMIÈRE PARTIE

DE LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

On donne le nom de procidence en général à la « chute intempestive d'une petite partie fœtale qui n'appartenant pas à la présentation, précède ou accompagne celle-ci lorsqu'elle tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale. » (Pinnard).

On voit que cette définition embrasse toutes les procidences, aussi bien celles des membres que celles de la tige funiculaire, et en même temps les procubitus. Restreignons-la aux cas où le cordon, seul ou accompagné, précède la présentation, et elle convient parfaitement à notre sujet.

Fréquence. — La procidence se rencontre-t-elle fréquemment? Mme Lachapelle (1) qui la redoutait beaucoup, en avait fait plusieurs statistiques. La

(1) Pratique des Accouchements. IX mémoire.

dernière en donne 41 cas sur 15,652 accouchements, soit 1 pour 380.

M. Tarnier (1) trouve une procidence pour 86 cas.

M. Varnier (2) sur un relevé de 6,185 accouchements effectués à la maternité de Lariboisière pendant les années 1885, 1886 et 1887, la note 33 fois, une fois sur 187 cas.

Notre statistique comprend tous les accouchements de la clinique Baudelocque depuis sa fondation jusqu'à l'heure présente. Ils sont au nombre de 5,509; et nous relevons 74 procidences; ce qui nous donne 1 cas sur 75 accouchements ou 1,34 0/0.

Nos chiffres, on le voit, sont plus élevés que ceux des précédentes statistiques. Il ne faut pas trop s'en étonner, car « il y a à ce sujet, dit M. Duncan (3), une différence remarquable dans les différents hôpitaux et probablement dans les différents pays. Les différences sont si grandes qu'elles font croire qu'il y a quelques conditions anatomiques du travail qui font défaut avec une fréquence prépondérante dans les pays où le prolapsus est plus souvent observé. » Pour nous dans le cas particulier, nous croyons que l'on peut invoquer d'autres raisons, pour le moins aussi importantes que cette influence de la série.

(1) Dictionn. de méd. et de chirurg. prat. Art, cordon.

(2) Revue prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance. Tome 3 et 4.

(3) Transactions of obstetrical society.

Beaucoup de femmes ne viennent accoucher à la Clinique que parce que les causes de dystocie qui produisent la procidence ou cette procidence elle-même les y amènent ; il n'est pas étonnant que cet accident soit commun chez elles. Puis, dans les cas où le prolapsus n'est pas considérable, où il n'y a qu'une pointe de procidence, pourrions-nous dire par analogie avec les pointes de hernie, un examen très minutieux peut seul la déceler ; et cet examen est toujours pratiqué dans le service de M. le professeur Pinard (1).

Du reste nous comprenons dans notre relevé toutes les procidences du cordon isolées ou accompagnées de celles des membres.

INFLUENCE DE LA PARITÉ

Il était intéressant de rechercher le degré de fréquence d'après la parité. Voici à quel résultat nous sommes arrivé sur nos 5,500 accouchées, nous trouvons 2,586 primipares et 26 procidences ; soit 1 cas sur 99 ou 1 010 ; tandis que sur 2,914 multipares, le nombre de procidences s'élève à 48 ; soit 1 pour 60 ou 1,65 010. On aura donc deux chances sur trois de rencontrer la procidence chez une multipare. Nous allons traiter la question en détail au chapitre de l'Étiologie.

(1) Voyez fonctionnement de la clinique Baudelocque, par M. Lepage 1891 et 1892.

ÉTIOLOGIE

Depuis Mme Lachapelle, on a l'habitude de diviser les causes de la procidence en prédisposantes et déterminantes.

Les premières sont celles qui en empêchant l'engagement de se produire, laissent la voie ouverte au cordon ; les secondes sont celles qui l'y précipitent.

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

M. Pinard les réunit toutes en une seule : « le défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail ». Mais dans l'accommodation plusieurs facteurs sont en jeu : l'un actif, l'utérus, essayant d'expulser son contenu à travers la filière génitale avec l'aide des muscles abdominaux et pelviens ; les deux autres passifs : le fœtus qui doit se laisser tasser, amoindrir sans trop de résistance pour être chassé et le bassin qui doit présenter une

ampleur suffisante pour le laisser passer. Si l'un de ces facteurs ne remplit plus son rôle, l'accommodation sera déviée du type physiologique ; on aura des présentations vicieuses, des membres proci-dents etc.

De là trois groupes de causes prédisposantes à étudier : les obstacles à l'accommodation venant du canal utéro-pelvien, les obstacles à l'accommodation venant du contenu utérin et enfin les présentations vicieuses, résultant des deux précédentes.

*Article I. — Obstacle à l'accommodation venant
du canal utéro-pelvien.*

§ I. — Insertion du placenta sur le segment inférieur.

On sera peut-être surpris de nous voir ranger l'insertion basse du placenta parmi les causes qui vicient la filière génitale. Rien de plus logique cependant. L'un des plus grands inconvénients de l'insertion sur le segment inférieur n'est-il pas son obstacle à l'engagement ? Il est tout naturel alors de rapprocher cette cause de dystocie des rétrécissements du bassin.

Quand y a-t-il insertion vicieuse ? Avec M. le professeur Pinard, nous admettrons que toute déchirure des membranes distante de moins de 10 centimètres de la périphérie du placenta dénote une insertion sur le segment inférieur.

A. Primipares. — (Voir tableau A). Sur 26 procidences, nous trouvons ici 17 insertions sur le segment inférieur : 4 fois les membranes n'ont pas été mesurées. On serait déjà tenté de croire que la procidence du fait de l'insertion vicieuse est de beaucoup la plus fréquente. Ne nous exagérons pas son importance. Ici, comme nous le verrons dans toute la suite de ce travail, les causes sont multiples et complexes, et celle-ci dégagée de toutes les autres, ne se rencontre plus que 5 fois sur 26 cas : soit $1/5$. M. Varnier (1) l'a également trouvée une seule fois sur 5 accouchements de primipares, accompagnés de procidence.

Dans notre observation I, elle semble nettement déterminée (Tableau A : 1890 : 256.

OBSERVATION I.

La femme C. primipare entre à la clinique Baudelocque le 12 avril 1890. Elle est d'une bonne santé habituelle. Elle a eu ses dernières règles le 27 juillet et commencé à sentir remuer dans le courant de janvier. Elle a eu une légère hémorrhagie vers la fin de janvier ; une autre assez abondante dans la nuit du 9 avril. Depuis elle perd toujours un peu.

Le fœtus se présente par l'épaule gauche, en dorso-anérieure.

Par la version externe la tête est ramenée en bas.

(1) Revue d'obs. et d'hyg. (loc. citat.)

13 avril : à 4 h. du matin, nouvelle hémorrhagie. On transporte la femme à la salle de travail ; il se fait une rupture spontanée des membranes avec procidence du cordon privé de pulsations. La tête est encore élevée. A l'auscultation quelques battements fœtaux qui disparaissent bientôt. Réduction nouvelle de la procidence après des efforts longs et répétés. Le travail marche régulièrement.

A 5 heures dilatation complète. A 5 h. 55 expulsion d'un enfant mort né, du sexe masculin, du poids de 2280. Les membranes mesurent 30|0 et le cordon 0 m. 60. Délivrance artificielle.

B. Multipares. — (Voir tableau B.) Sur 48 procidences nous trouvons 20 insertions basses ; dans 8 cas les mensurations n'ont pas été faites. Dans 9 cas on ne trouvait pas d'autres causes de non accommodation ce qui nous donne encore approximativement 1 cas sur 5. M. Varnier la notait trois fois sur 22 cas (1 pour 7).

OBSERVATION II. (Tab. B : 1891 : 1432.)

La femme F. 24 ans, II pare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 21 septembre 1891.

Elle a eu il y a 2 ans un enfant vivant, venu à terme. Pertes blanches habituelles. Dernières règles à la fin de janvier ; mouvements actifs à la fin de mai ; hauteur de l'utérus 0 m. 31.

Elle a une hémorrhagie assez considérable depuis le matin. Tête très élevée au-dessus du détroit supérieur. Bassin normal.

Col long ; on sent dans le cul de sac postérieur un épaississement qui semble dû à la présence du placenta. L'enfant est vivant : foyer d'auscultation au dessus de l'ombilic.

6 novembre, 7 h. 1½ du soir ; on ne sent partout que le placenta, sauf en un point à gauche, par où on introduit un ballon de M. Champetier. Dilatation rapide.

7 novembre 5 heures du matin. Dilatation complète ; tête encore très élevée.

Rupture artificielle des membranes et version interne. Au moment de l'abaissement du pied procidence du cordon.

Extraction rapide d'un enfant du sexe masculin du poids de 3.380, né étonné ; mais vite ranimé. Membranes, 30q0, cordon 0.60.

Quoique très souvent associée à d'autres causes, nous voyons que l'insertion du placenta occupe une large place dans l'étiologie de la procidence ; fait qui ne saurait surprendre, si l'on réfléchit un instant aux obstacles créés par le placenta prævia. Avec M. Pinard nous les ramènerons à 3 principaux. Le premier est évidemment la difficulté de l'engagement. Le placenta fait en quelque sorte l'effet d'un faux promoteur et nous voyons dans notre observation II la tête encore *très élevée* à dilatation *complète*. Quoi d'étonnant à ce que le cordon en profite pour glisser dans la poche des eaux ?

Il y est d'autant plus sollicité qu'il se trouve « rapproché de la zone dangereuse » ; deuxième cause de procidence. L'observation suivante en est un bel exemple.

OBSERVATION III. (Tab. B. 1891 : 1650).

La femme L..., 33 ans, II pare vient consulter à la clinique Baudelocque le 25 Décembre 1891. Bonne santé habituelle : 1^{er} enfant né à terme spontanément vivant.

Elle a eu ses dernières règles le 24 mai et a senti remuer à 4 mois 1½. Hauteur de l'utérus 0^m25. Le 9 juillet hémorrhagie abondante ; une nouvelle le 15 août, et une autre à la fin de novembre.

25 décembre : La chemise est tout inondée de sang. La tête est dans la fosse iliaque droite ; le dos à droite. Au toucher on sent une masse molle remplissant le segment inférieur. La tête est ramenée au détroit supérieur et fixée avec la ceinture eutocique. 27 décembre, l'auscultation fœtale est peu nette. M. Varnier rompt les membranes et introduit un ballon de Champetier. A 2 h. du soir. Extraction du ballon ; issue de sang, du cordon *et d'une partie du placenta*. Version interne : enfant né en état de mort apparente, ranimé, du poids de 1470. Sexe masculin. Membranes 28/0. Cordon, 0,32.

Ici le cas est des plus nets. Puisque le placenta est procident lui-même par son bord il serait bien étonnant que le cordon ne l'accompagnât pas.

Enfin un troisième accident vient s'ajouter aux deux précédents. Nous voulons parler de la rupture prématurée des membranes, qui sans cesse sollicitées, tiraillées par le placenta prævia, finissent par céder et livrent passage au cordon entraîné par le flot du liquide amniotique.

OBSERVATION IV. (Tableau b. : 1893 : 516).

La femme P., 29 ans, III pare entre à la clinique Baudelocque le 11 avril 1893 à 8 h. du matin. Bonne santé habituelle, sauf un rhumatisme articulaire aigu, il y a deux ans.

2 accouchements spontanés, à terme, par le sommet, enfants vivants, bassin normal. A la fin de février elle a perdu du sang pendant trois jours sans douleurs.

10 avril : a perdu les eaux, puis des flots de sang. Premières douleurs vers 1 heure du matin le 11 avril ; une sage-femme lui a fait le tamponnement avec des bourdonnets de coton.

A l'entrée, cette femme perd du sang ; facies décoloré, nombreux caillots dans le vagin. Cordon procident. Au toucher le col est perméable, on y sent le placenta. Auscultation négative. Mlle Roze introduit le ballon Champetier. Les contractions deviennent énergiques. Expulsion du ballon ; la tête s'engage et l'hémorrhagie s'arrête. En quelques contractions expulsion d'un enfant né-mort, du sexe masculin et du poids de 1850. Membranes, 43¹⁰, cordon, 46.

Les trois mécanismes que nous venons de signaler agissant de concert nous expliquent l'importance de l'insertion du placenta dans l'étiologie de la procidence, importance pendant longtemps mal comprise et si bien mise en lumière par M. le professeur Pinard.

§ 2. — Bassin vicié

Il n'entre pas dans notre cadre d'étudier l'action des divers rétrécissements du bassin. Mais à priori il était logique de croire que les procidences se produiraient quand l'engagement ne pourrait s'effectuer par suite de viciations du *Détroit supérieur*. Partout nous allons voir nos observations confirmer la théorie. Auparavant nous devons délimiter nettement la viciation pelvienne. Nous admettons avec tous les auteurs qu'un bassin dont l'angle sacro-vertébral est accessible est rétréci, quant aux mensurations exactes, elles ne sont pas toujours prises, nous les mentionnerons chaque fois que nous en aurons l'occasion.

A. *Primipares*. — Chez nos 26 primipares ayant présenté des procidences, nous trouvons 12 fois le bassin rétréci : 2 fois au dessus de 11 centimètres ; 2 fois au-dessus de 10 et au-dessous de 11 ; 2 fois au-dessus de 9 et au-dessous de 10 ; 6 fois sans autre mention. Mais en cherchant à dégager la viciation pelvienne des autres causes de non-engagement, *pas une seule* fois, nous n'avons pu la trouver isolée. Nous sommes donc obligés de mentionner en bloc nos 12 bassins viciés sur 26 procidences ; 3 mensurations du reste n'ont pas été prises. Chez presque la moitié de nos sujets le bassin était par conséquent rétréci. Voici un cas où son action semble avoir été prépondérante.

OBSERVATION V. (Tab. A. 1891 : 73).

La femme Z. 20 ans, primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 9 janvier 1891. Bonne santé habituelle. Dernières règles le 10 avril ; premiers mouvements en juillet ; hauteur de l'utérus 0 m., 29.

La tête est en bas, ne déborde pas ; le dos à droite. Le bassin est rétréci ; le diamètre promonto-sous-pubien = 10,5.

16 janvier, 10 h. du matin, M. Pinard introduit le ballon Tarnier avec difficulté.

17 janvier, 10 h. du matin, on remplace le Tarnier par un Champetier.

A 11 h. 1/2 du soir, expulsion du ballon ; dilatation comme une petite paume de main. Dans la poche des eaux, on sent le cordon et un membre thoracique. Une main tenant le cordon, on rompt artificiellement les membranes et l'on pratique la version interne. L'abaissement est facile jusqu'aux épaules, mais l'abaissement des bras est pénible ; il se fait une fracture de la clavicule ; enfin l'on termine par la manœuvre de Mauriceau, l'extraction d'un enfant masculin du poids de 2,560, né en état de mort apparente, rapidement ranimé. Membranes, 30/6. Cordon, 0,53.

Malgré une insertion vicieuse, celle-ci du reste peu accentuée, et sans pouvoir affirmer que le ballon est étranger à l'accident il nous semble qu'ici on doit surtout incriminer la viciation osseuse.

B. Multipares. — Sur nos 48 multipares, nous relevons 20 bassins rétrécis ainsi répartis : 1 au-dessus de 11 centimètres, 6 au-dessus de 10 et au-

dessous de 11, dont 1 annelé, 3 au-dessus de 9 et au-dessous de 10, 2 enfin au-dessous de 9, dont 1 canaliculé. 4 fois les mensurations n'ont pas été prises. Dans 9 cas sur les 20 que nous venons d'énumérer, le rétrécissement semble avoir été le facteur à peu près unique de la procidence ; ce qui nous donne approximativement $\frac{1}{5}$ des cas, proportion sensiblement égale à celles des insertions vicieuses. Nous voyons aussi que toujours, sauf peut-être dans un cas de bassin oblique ovalaire de Nægele que nous avons observé, le rétrécissement porte avant tout sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

OBSERVATION VI. (Tab. B : 1589-1891).

La femme L., III pare entre à la clinique Baudelocque le 10 décembre 1891. Bonne santé habituelle ; a eu deux accouchements : le premier, terminé par le forceps d'un enfant vivant ; le second, spontané et normal, d'un enfant vivant.

Dernières règles le 22 février, mouvements actifs dans le courant de juillet ; hauteur de l'utérus, 0^m39.

L'enfant, vivant, se présente par le sommet en gauche transverse ; la tête est encore très élevée ; le bassin rétréci (diamètre P. S. P. 10,9).

Premières douleurs le 10 décembre au soir. A 1 heure du matin, les membranes intactes, procidence du cordon, tête non engagée. Rétropulsion manuelle.

A 5 heures, la dilatation est complète ; rupture artificielle des membranes ; la tête ne s'engage toujours pas ; on essaie une application de forceps ; mais à l'introduc-

tion de la seconde cuiller, nouvelle procidence. On fait la rétropulsion. Bientôt la tête s'engage, et à 6 heures, accouchement spontané d'un enfant vivant, masculin, du poids de 4,000. Membranes, 27/13. Cordon, 0,68.

Ici les 2 procidences se sont produites évidemment, parce que le bassin s'opposait à l'engagement de la tête. Nous ne nous appesantirons pas plus longtemps sur l'importance des pelvi-viciations : Non-engagement prolongé, alors que déjà l'utérus se contracte ; tout est prêt pour la procidence.

Nous n'essayerons pas non plus au point de vue qui nous occupe de faire des distinctions entre les divers rétrécissements, l'obstacle à l'accommodation existant dans tous les cas, et nous voyons au tableau B un oblique ovalaire (1891 : 1251), un annelé (1892 : 131), et un canaliculé (1892 : 735) se comporter comme les simples sténoses antéro-postérieures. Le bassin canaliculé a nécessité une basiotripsie, mais l'étude de cette intervention sortirait de notre sujet.

§ 3. Viciations du canal utéro-pelvien par une tumeur.

Sur nos 74 procidences, une seule fois chez une multipare nous avons trouvé des fibromes interposés entre le fœtus et l'extérieur ; et encore dans ce cas une insertion très basse du placenta venait-elle compliquer la situation.

OBSERVATION VII. (Tab. B. 1892 : 134).

La femme P., VII pare entre à la clinique Baudelocque le 31 janvier 1892. Bonne santé habituelle. Elle a eu 6 grossesses : 3 premiers enfants venus à terme par le sommet ; 4^e, présentation de l'épaule, enfant né vivant ; 5^e, avortement à 6 mois et demi d'un enfant mort-né ; 6^e, accouchement à terme par le sommet d'un enfant mort.

Cette femme a eu ses dernières règles le 5 juin et a senti remuer à la fin de septembre.

La tête est en bas ; pas d'engagement. Au toucher : bassin normal ; à travers la paroi utérine on sent de nombreuses tumeurs fibreuses de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le foyer d'auscultation est au-dessus de l'ombilic.

31 janvier. A 1 heure du matin, cette femme a perdu du sang et de l'eau.

A 10 heures, premières douleurs. Les battements du fœtus sont sourds. On retire de nombreux caillots du vagin ; le segment inférieur est occupé par le placenta et les fibromes.

A 10 heures et demie, on introduit, sans trop de peine un Champetier, les pertes cessent ; expulsion du ballon à midi 50. Engagement de la tête précédée d'une anse de cordon : expulsion rapide d'un enfant mort-né du sexe masculin, du poids de 2200. Mensuration des membranes ; 45,0. Longueur du cordon 0^m74.

On voit qu'ici il serait difficile de faire la part des fibromes et celle de l'insertion vicieuse. Néanmoins la présence des tumeurs pouvant sans aucun doute être isolée dans certains cas, et s'opposer seule à l'accommodation, il nous a paru intéressant de la signaler.

Si maintenant nous jetons un coup-d'œil d'ensemble sur les sténoses de la filière génitale que nous pourrions appeler passives, nous voyons que sur nos 74 cas de procidence (toute influence de parité mise de côté) l'insertion vicieuse du placenta s'est rencontrée 37 fois y compris le cas de fibiomes — 12 mensurations n'ont pas été prises — les bassins viciés 32 fois ; abstraction faite de huit examens non mentionnés.

L'absence d'engagement semble avoir été causée 14 fois par l'insertion du placenta sur le segment inférieur et 9 fois par la viciation osseuse. M. Varnier avait rencontré ces deux causes isolées avec une égale fréquence, chacune 6 fois sur 27 cas. D'après notre statistique le placenta prævia acquiert la première place.

§ 4. — Multiparité.

Jusqu'ici nous n'avons considéré la filière génitale que comme un canal inerte, intéressant surtout par le volume et la situation de l'ostacle qu'il pouvait offrir. Avec la multiparité nous avons à étudier des éléments actifs, la paroi musculaire utérine et la paroi abdominale.

De même que l'urine peut stagner dans la vessie par suite d'un rétrécissement de l'urèthre ou par suite de la paralysie ou de la paresse du muscle vésical, de même le fœtus peut s'arrêter au-dessus du détroit supérieur ou parce qu'il ne saurait passer ou parce qu'il n'est pas poussé. Aussi

voyons-nous les grandes multipares, celles dont l'utérus a déjà été maintes fois distendu, présenter une contractilité moins vive de cet organe, une lenteur qui laisse au cordon le temps de s'échapper. A l'importance de la fibre utérine se joint celle de la paroi abdominale dont on connaît le rôle dans l'accouchement ; aussi verrons-nous le même accident se produire chez les éventrées, chez celles dont les muscles grands droits se sont écartés, par suite d'une sorte d'élongation des faisceaux élastiques de la ligne blanche. Sans aller jusqu'à l'éventration, la paroi abdominale présente souvent chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, une laxité considérable et un certain degré d'adipose qui explique la lenteur de l'expulsion.

OBSERVATION VIII (tableau B. 1890 : 311).

La femme R..., 37 ans, XII pare, entre à la clinique Baudelocque le 6 avril 1890, à 9 heures du soir. Bonne santé habituelle. Elle a eu 11 enfants ; le premier il y a 18 ans, et le deuxième, il y a 16 ans : accouchements spontanés par le sommet ; troisième enfant, il y a 13 ans, et le quatrième, il y a 12 ans ; tous deux accouchés spontanément en présentation de l'épaule, le dernier venu mort ; cinquième, il y a 10 ans ; fausse couche de 4 mois 1/2 ; sixième, il y a 9 ans, spontané, à terme, par le sommet ; septième, il y a 8 ans, fausse couche de deux mois ; expulsion de trois fœtus ; huitième, il y a 7 ans, à terme, mort pendant le travail ; neuvième, il y a 6 ans, spontané, à terme, par le sommet ; dixième il y a 2 ans, idem ; on-

zième il y a 14 mois, spontané, à terme vivant. Quatre de ces enfant vivent encore.

Dernières règles 12 juillet. A senti remuer à 6 mois. Hauteur de l'utérus 0,36. Parois abdominales lâches et un peu grasses. Présentation du sommet en droite postérieure. Depuis 5 heures du soir la femme est en travail. A 7 heures du soir, procidence d'un bras et du cordon. Un médecin appelé n'a pu réduire la procidence, et a tenté sans succès une application du forceps. La femme entre alors à la clinique.

A son entrée, la tête fortement engagée et cordon sailant à la vulve ; plus de battements ; l'enfant est mort. M. Vallich coupe le cordon et la tête s'engage davantage. Expulsion spontanée une demi-heure après d'un enfant de 4,300 gr., sexe masculin. Membranes = 24 : 17. Cordon = 0^m69.

Nous trouvons ici toutes les conditions requises pour la production d'une procidence ; les parois abdominales sont grasses et lâches, les grossesses très nombreuses, et, complication habituelle en pareil cas, l'enfant est très gros. A première vue ce volume même pourrait en imposer pour la cause principale d'engagement tardif ; mais nous voyons que l'expulsion s'est faite spontanément, et lorsque l'on a eu réveillé la contractilité musculaire par plusieurs manœuvres. Nous n'hésitons pas à donner le premier rôle à la multiparité.

A quel degré se fait donc sentir cette influence des grossesses répétées ? On comprend que toute limite serait arbitraire. Telle femme après deux accouchements, aura les parois utéro-abdominales plus distendues que telle autre après 7 ou 8.

C'est donc sans prétendre fixer aucune règle que nous faisons le calcul suivant :

Sur nos 48 multipares ayant présenté des procidences, 10 ont accouché plus de 5 fois, 5 sont à leur 5^e grossesse et 33 ont accouché moins de 5 fois. Un tiers pourrait être rangé parmi les grandes multipares. M. Varnier dans son relevé en trouve la moitié. Mais encore une fois ici les chiffres perdent de leur valeur, puisque les effets de la multiparité sont très variables, selon les différentes femmes.

Pour l'âge de nos femmes ayant présenté des procidences, rapport assez variable du reste avec l'inertie utéro-abdominale, les raisons que nous donnions tout à l'heure, touchant les difficultés de fixer une moyenne, retrouvent ici toute leur valeur : et les chiffres du reste nous empêchent d'essayer la moindre moyenne.

Nous en avons donc fini avec les causes de non accommodation venant de la filière utéro-pelvienne considérée comme canal inerte dans le placenta prævia, le bassin vicié et les tumeurs prævia, comme organe musculaire et actif dans la multiparité. Passons à l'œuf.

Article II. — Obstacles à l'accommodation venant du contenu utérin.

Dans l'œuf nous devons considérer le fœtus et ses annexes : le cordon et ses membranes. Nous étudierons d'abord ces dernières dont l'action est

généralement prépondérante au début du travail ; puis nous passerons au volume du fœtus et, en dernier lieu à la longueur du cordon.

§ I. — Surdistension des membranes

Les enveloppes du fœtus peuvent être distendues par une trop grande abondance de liquide (hydramnios) ou par la présence de deux ou d'un plus grand nombre d'enfants dans leur cavité.

α. — Hydramnios

La plupart des auteurs donnent comme limite inférieure à l'hydropisie de l'amnios 1 litre de liquide ; nous nous conformerons à cet usage. Malheureusement dans nos observations, nous n'avons pu relever un seul chiffre d'hydramnios. Soit que les femmes arrivent à la Clinique, les membranes rompues, soit que des préoccupations plus importantes réclament les soins de l'accoucheur, jamais ou à peu près le liquide amniotique n'est mesuré. On se contente de l'évaluer approximativement. C'est sur ces évaluations que nous nous baserons. Les cas anormaux sont signalés sous la rubrique de liquide *abondant* ou très *abondant*. Dans le premier cas admettons que nous avons à faire à une hydramnios légère ? et dans le second à un hydramnios considérable.

A. *Primipares*. — Sur nos 26 procidences, 2 fois il y a eu hydramnios considérable, et 2 fois

hydramnios légère. Elle se rencontrerait donc dans $\frac{1}{6}$ des cas environ. M. Varnier l'avait trouvée 2 fois sur 5. Mais comme cause de prolapsus du cordon, on ne peut la dégager une seule fois des autres causes.

B. Multipares. — Nous trouvons 3 cas d'hydramnios considérable, et 4 cas d'hydramnios légère sur 48 procidences ; soit $\frac{1}{7}$ des cas environ. 2 fois sur 22 dans le relevé de Lariboisière (1). Quant à incriminer seule l'hydramnios, on pourrait peut-être le faire dans une de nos observations (Tab. B. 1892 : 1589), mais là l'hydropisie de l'amnios est légère, tandis qu'elle est très considérable dans l'observation suivante, où un léger rétrécissement du bassin, non évalué du reste, semble n'avoir eu qu'un rôle tout à fait secondaire.

OBSERVATION IX (Tab. B. 1892 : 896).

La femme M., 23 ans, II pare, entre à la salle de travail à 10 heures du soir, le 20 juin. Bonne santé habituelle. Premier accouchement à terme d'un enfant vivant.

Présentation du siège. Version par manœuvres externes.

Dernières règles le 15 septembre. Mouvements actifs au commencement de janvier ; hauteur de l'utérus, 0^m37.

L'enfant se présente par le sommet, en gauche antérieure. Pas d'engagement ; tête élevée ; les parois sont très tendues. Dilatation comme 2 fr. ; enfant vivant. Un aide fixant la tête, Mlle Roze rompt les membranes ;

(1) Varnier, loc. citat.

malgré toutes les précautions prises, il y a une procidence de la main et du cordon. Rétropulsion manuelle. Liquide amniotique très abondant. Accouchement spontané le 21 juin à 6 heures du matin d'un enfant vivant, masculin, de 2,790 gr. Membranes, 33/13. Cordon, 0^m67.

Ne reconnaît-on pas ici dans l'hydramnios cette « cause qui fait la poche des eaux volumineuses et en boudin, et y permettant le passage facile et abondant du liquide amniotique, facilite le glissement du cordon ou des membres autour de la partie fœtale non engagée ? » (Professeur Pinard).

Si maintenant nous réunissons primipares et multipares, nous trouvons 11 hydramnios sur 74 cas où un peu plus de 1/6.

γ *Grossesse gémellaire.*

Comme l'hydropisie de l'amnios, la grossesse double empêche l'engagement de se produire par surdistension de l'œuf; mais en plus il n'est pas très rare de voir, par suite de l'enlacement plus ou moins étroit des deux fœtus entr'eux lorsqu'il n'y a qu'une seule loge, l'accommodation ne pouvoir s'effectuer. Néanmoins, comme cause de procidence, la grossesse gémellaire est rare.

A. *Primipares.* — Sur 26 primipares ayant présenté des procidences, nous ne la trouvons que deux fois et une fois avec insertion vicieuse.

B. *Multipares.* — Une seule fois nous l'avons rencontré chez nos 48 multipares.

OBSERVATION X. (Tab. B. 1891 : 1310).

La femme N. IV pare entre à la clinique Baudelocque le 8 octobre 1891, à 8 heures et demie du matin. Bonne santé habituelle ; a eu trois enfants, tous nés à terme par le sommet.

Dernières règles, 1^{er} janvier. Hauteur de l'utérus, 0^m43.

On trouve quatre pôles fœtaux et deux foyers d'auscultation.

Grossesse double : premier fœtus se présentant par le sommet en gauche antérieure ; le deuxième par le siège en droite transverse. Deux poches.

A 11 heures 10, dilatation complète ; expulsion du premier fœtus.

A 12 heures 31, Mlle Roze fait une version externe pour le second ; puis rompt sa poche : procidence du cordon d'un bras et des deux pieds. Rétropulsion manuelle. Expulsion à 12 heures 48 d'un enfant vivant, féminin, de 3,080. Membranes, 25/13. Cordon ?

Ici comme dans nos deux autres cas, la procidence ne s'est produite que pour le second fœtus, le premier déjà expulsé. Ce n'est donc pas la surdistension que l'on doit accuser, mais plutôt la détente brusque survenue après le premier accouchement, et le défaut d'accommodation par suite de la demi-vacuité de l'utérus devenu trop grand pour le fœtus restant.

Nous voyons du reste combien est rare la grossesse double dans notre étiologie : 3 fois sur 74 cas ou 1/25. Sur 27 procidences, M. Varnier ne l'a pas rencontrée.

§ 2. — Disproportion du fœtus et du canal utéro-pelvien.

Cette disproportion peut se traduire par exagération ou par diminution du volume normal du fœtus ; parallèlement à ces deux questions, nous étudierons en quelques mots l'influence du sexe et de la macération.

α. Volume exagéré du fœtus.

Quand le fœtus commence-t-il à être d'un volume exagéré ? Réponse difficile. L'on peut dire qu'il n'y aurait jamais de fœtus trop gros, si la filière génitale était assez extensible. Néanmoins la moyenne du poids normal était de 3.200 à 3.300, on peut laisser un kilogr. de poids flottant autour de ce chiffre, et admettre qu'un enfant est gros au dessus de 3.500 ; très gros au dessus de 4.000 ; ces chiffres n'ayant du reste rien d'absolu : nous préférons dire que l'œuf est de volume exagéré, toutes les fois que la partie fœtale qui se présente au détroit supérieur, déborde notablement au dessus de la symphyse pubienne et qu'il y a défaut de proportion entre l'enfant et la filière génitale.

A. primipares. — Sur 26 procidences, 2 enfants seulement au dessus de 4.000 ; pas un seul entre 3.500 et 4.000 ; soit 1/13. M. Varnier trouvait en bloc 16 enfants sur 33 au-dessus de 3.000 ; mais nous avons déjà dit qu'au-dessous de 3.500, nous sommes dans les chiffres normaux.

OBSERVATION XI. (Tab. A. 1892 : 957.

La femme F., 31 ans, primipare, entre à la clinique Baudelocque le 1^{er} juillet 1882 à 4 heures et demie du soir.

Dernières règles. le 25 août ; mouvements actifs. à 4 mois ; hauteur de l'utérus : 38 cent. ; du sixième au septième mois, cette femme a eu de l'œdème d'abord malléolaire, puis généralisé ; les mouvements actifs ont cessé depuis le 1^{er} juillet ; douleurs fréquentes ; pertes jaunâtres.

A l'entrée la chemise de cette femme est tachée de sang, la poche des eaux rompue ; rien à l'auscultation.

Présentation du sommet en gauche transverse : tête amorcée. Diamètre promonto-sous-pubien, 11° 9.

2 juillet à 1 h. 15 du matin : dilatation complète, on fait pousser la parturiente. A 3 h. 30, basiotripsie : Perforation du crâne et premier broiement : expulsion encore impossible ; nouveau broiement. Pour dégager les bras, on est obligé de chloroformer la femme. Enfant mort né, sexe masculin, de 4,950 sans substance cérébrale. Poids du placenta, 620 gr., membranes, 32 : 2. Cordon, 109. Placenta. Le fœtus a dû mourir pendant le travail de compression du cordon.

Le rétrécissement pelvien était certainement trop peu accentué ici, pour arrêter un fœtus normal : l'obstacle invisible à l'engagement était ce volume énorme qui maintenait la tête élevée. Pas une seule fois du reste nous n'avons pu dégager le volume exagéré des autres causes prédisposantes de la procidence, fait auquel nous devons nous habituer dès maintenant, les causes que nous étu-

dions en ce moment étant souvent intimement liées à celles que nous avons étudiées dans notre Article 1^{er}.

B. Multipares. — Sur 48 cas de procidences nous relevons 10 enfants gros et 6 très gros : soit 1/3 d'enfants au dessus de la normale, fait qui rentre du reste dans l'ordre physiologique, et qu'on ne saurait incriminer ici, puisque nous voyons partout les prolapsus se produire quand d'autres causes viennent se joindre à celle-ci.

γ Petitesse du fœtus.

Comme à l'article précédent nous serons obligé de fixer des limites absolument arbitraires au volume fœtal insuffisant pour s'accommoder à la filière génitale. Suivant la règle que nous nous sommes imposé tout à l'heure, l'enfant sera petit au-dessous de 2500, très petit au-dessous de 2000.

Pour M. Varnier (1), « Le petit volume du fœtus ne doit entrer sérieusement en ligne de compte que si l'utérus est distendu par excès de liquide amniotique ou par excès de parties solides (grossesse gémellaire. » Cet alinéa rentrerait donc dans le paragraphe 1 (v. page 29) ; mais pour nous, un autre facteur pour le moins aussi important, vient prendre place ; nous voulons parler de la grosseur de la tête et de ses principaux diamètres. Nous allons tâcher de noter exactement sa valeur.

(1) Varnier. Rev. Prat. d'Obst. et d'Hyg. (loc. cit.).

A. Primipares. — Les poids compris entre 2000 et 2500, se rapprochant encore de la normale, nous paraissent offrir peu d'intérêt. Il n'en est plus de même des très petits fœtus que nous avons rencontrés 5 fois : 1 fois à 330 gr., une fois à 1800 : une fois à 1010 ; une fois à 1395 et une fois à 1090. De ces 3 derniers seulement nous connaissons les diamètres de la tête fœtale. Avec le poids de 1395 les diamètres sont : O. M., 10 ; O. F., 9,5 ; S. M. B., 8. BiP., 7,8. Avec le poids de 1890 (deuxième enfant d'une grossesse gémellaire) : O. M., 12,4, O. F., 11 ; S. M. B., 10,5. Bip. 9,6.

Voici l'observation du troisième.

OBSERVATION VII. (Tab. A. 1891 : 1641).

La femme G. primipare, en travail depuis la veille, 8 heures du soir, entre à la clinique Baudelocque à 9 h. 1½ du matin le 24 décembre. Bonne santé habituelle.

Dernières règles le 15 juin ; mouvements actifs à la fin de novembre, hauteur de l'utérus : 0 m. 26.

Hémorrhagies abondantes au 3^e mois de la grossesse, répétées à 4 mois et demi.

Bassin normal ; tête en bas très élevée ; dos à droite. Rien à l'auscultation.

Le 25 décembre à 1 h. 25 du matin, dilatation complète ; rupture artificielle des membranes. Pas d'engagement. Le cordon procident ne bat plus. C'est maintenant l'épaule qui se présente ; transformation en siège et extraction à 1 heure 40 d'un enfant mort, masculin de 1.010 grammes. Membranes, 22 : 7. Cordon, 0 m. 52.

Diamètre de la tête : O. M., 9,5 ; O. F., 8,7 ; S. M. B., 7,1 ; BiP., 7).

L'influence de ce petit volume sur le défaut d'accommodation semble net en ce cas.

B. Multipares. — Sur 48 enfants, 8 sont au-dessous de 2,500; 2 seulement au-dessous de 2,000. Les diamètres de la tête nous manquent. Ici du reste ce petit volume se trouve sous la dépendance de causes générales beaucoup plus importantes. Il suffit de signaler qu'en bloc notre relevé donne 7 fœtus au-dessous de 2,000 sur 74 prolapsus, soit 1/10 environ (1/8 pour M. Varnier).

♂ *Enfant macéré.*

A la question du petit volume se rattache évidemment celle de la macération. Nous n'en avons qu'un seul cas à signaler.

OBSERVATION XIII. (Tab. A. 1891: 1363).

La femme L., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 21 octobre 1891. Bonne santé habituelle sauf à l'âge de 17 ans, où elle a été anémique. Dernières règles le 2 juillet. Le 15 octobre, elle est tombée de quelques marches et a perdu de l'eau au bout de trois jours, 4 h. 1/2 du soir, présentation du siège. Col long; une anse de cordon pendante à la vulve, à 8 h. du soir, expulsion d'un embryon mâle de 330 grammes, macéré. Membranes, 7: 1 cordon: 0 m. 50.

Il nous semble inutile d'insister sur l'action identique d'un fœtus simplement trop petit et

d'un fœtus en même temps macéré dans le fait de l'accommodation.

ε. Sexe de l'enfant

Simpson(1), par de nombreuses statistiques, empruntées à Clarke et à Collins, et à l'aide des siennes, s'est efforcé de démontrer que les dangers de toute nature pour la mère et pour l'enfant étaient bien plus grands pendant l'accouchement dans les cas de naissance masculine. « Parmi les enfants qui meurent avant le travail, dit-il, le nombre des filles est égal, sinon supérieur à celui des garçons. Parmi les enfants qui meurent pendant le travail, les enfants du sexe masculin se sont élevés à la proportion considérable de 150 pour 100 filles. Pour cette augmentation subite et surprenante pendant le travail de la mortalité des garçons, l'on doit trouver des causes suffisantes dans la marche de la parturition. » Et, cherchant ces causes, Simpson les ramène avec Clarke au seul « volume plus considérable de l'enfant : 2865 en moyenne pour les garçons et 2560 pour les filles. »

Or l'hypermégalie de la tête suivant la proportion de l'hypermégalie du fœtus entier, « les difficultés que l'on rencontre dans le mécanisme de la parturition ne tiennent qu'à l'excès de volume de

(1) Simpson, traduit par Chantreuil, Paris 1874, p. 283 et suivantes.

la tête de garçon ; et les effets varient avec l'intensité de cette cause. »

Nous ne nous arrêterons pas à discuter l'opinion du Professeur d'Édimbourg, qui semble basée sur l'observation. Puisque nous avons déjà incriminé l'hypermégalie au point de vue qui nous occupe, dans l'étiologie de la procidence, il s'agit simplement de voir si réellement le volume exagéré est surtout le fait du sexe masculin. Or si, sur nos deux enfants de primipares au-dessus de 4000, nous avons bien 2 garçons ; chez nos multipares 3 garçons et 3 filles se partagent ce poids anormal.

Nous en concluerons brièvement que cette influence paraît légère d'après notre statistique.

§ 3. — Longueur du cordon

« Le cordon est toujours assez long pour prolaber, disait Nœgele, et s'il ne prolabe pas toujours ; c'est que les vraies causes de la procidence n'existent pas. » Telle est aussi l'opinion de M. Varnier qui sur 33 cas ne trouve que 2 fois un cordon au-dessus de 0 m 70.

A. Primipares. — Sur 26 procidences nous le trouvons 3 fois un cordon de plus de 70 centim.

B. Multipares. — Ici 8 fois sur 48 ; 4 mensurations manquent.

En bloc le cordon serait donc long dans 11/7 des cas. Mais toujours, une autre cause très nette vient annihiler ou du moins restreindre beaucoup son influence.

OBSERVATION XIV. (Tab. B. 1891, 740).

La femme B., 29 ans, tripaire, entre à la clinique Baudelocque le 9 juin 1891. 2 accouchements à terme, spontanés, enfants morts à 4 mois et à 11 mois. Dernières règles, 27 septembre ; mouvements actifs au commencement de février ; hauteur de l'utérus 0 m 30. Membranes rompues. Présentation du siège. Version externe, après laquelle on sent au toucher une procidence du cordon.

A 5 h. 45, M. Potocki introduit un Champetier. A 11 h. 40, version interne et extraction d'un enfant mâle vivant, de 2.450. Membranes, 30,1. Cordon, 1 mètre.

Encore ici où le cordon est, il est vrai, très long, ne voit-on pas une insertion vicieuse ; puis une présentation du siège ? Ne pourrait-on pas là-dessus, avec Nœgelé, rayer la longueur du cordon de l'étiologie des procidences ou du moins ne la considérer que comme une cause adjuvante, la procidence ayant évidemment plus de chances de se produire si le cordon est long ; mais *seulement lorsqu'existent* les conditions favorables à ce prolapsus.

Article III. — Présentation vicieuse

Les présentations vicieuses ne sont pas à proprement parler les vraies causes de la procidence ; puisqu'elles ne sont elles-mêmes que des résultantes des causes étudiées dans les deux articles précédents. Elles feront donc la transition toute naturelle de notre premier chapitre à celui du mécanisme de la procidence.

Bien entendu, nous ne nous occuperons nullement de l'étiologie des « postures contre nature » (Mauriceau) ; nous nous contenterons de tirer rapidement les conclusions que nous imposera notre statistique.

§ 1. — Présentations du sommet.

Nous ne dirons que quelques mots de cette présentation eutocique. Chez nos 26 primipares, nous avons 15 présentations du sommet et chez nos 48 multipares 27 : ce qui nous fait 42 présentations du sommet sur 74 procidences, un peu plus de la moitié ; mais 10 fois la tête est très élevée, sans autre mention, 18 fois la présentation est en gauche transverse, et 8 fois en droite transverse. 36 fois donc sur 42 il n'y a pas d'engagement, et la procidence ne vient que de là.

Restent 6 cas : 2 gauches antérieures, 1 avec hydramnios, où la procidence s'est produite au moment de la rupture des membranes, et une autre où elle existait avant l'engagement ; et 4 droites postérieures, une où le prolapsus s'est produit au début du travail par suite d'une grande laxité des parois utéro-abdominales, et 3 autres, chez des primipares, où il s'est produit également au début du travail par insertion vicieuse. Les gauches antérieures et les droites postérieures étant les plus fréquentes des positions dans la présentation du sommet, les seuls enseignements que nous ayons à tirer de cette énumération c'est que

en aucun cas la présentation du sommet ne peut influer sur la production d'un prolapsus.

Quant à la présentation de la face, d'accord en cela avec M. Varnier dans sa statistique, pas une seule fois, nous ne l'avons notée sur 74 procidences.

§ 2. — Présentation du siège.

La présentation du siège n'est pas une vraie présentation vicieuse, puisque l'accouchement peut se terminer sans version, et que dans certain nombre de cas on doit même y ramener le sommet. Néanmoins, au point de vue qui nous occupe, les deux présentations diffèrent totalement. On comprend fort bien qu'entre les petites extrémités fœtales inférieures, que le siège soit complet ou décompleté suivant un mode quelconque, il reste toujours une place par où peut s'échapper le cordon, en un mot l'accommodation ne saurait être parfaite, et nous savons du reste que telle est l'étiologie de cette présentation elle-même.

A. *Primipares.* — Chez nos 26 primipares, nous trouvons 8 sièges, presque un tiers des cas (1/5 pour M. Varnier) dont 2 avec insertion vicieuse; 1 avec bassin rétréci; et 5 sans autre mention que l'hydramnios dans deux cas.

OBSERVATION XV (tableau A. 1891 : 1350.)

La femme T., primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 24 septembre 1891. Bonne santé habituelle.

Dernières règles à la fin de décembre ; mouvements actifs à la mi-mai ; hauteur de l'utérus = 0^m35. Présentation du siège, décomplété mode des fesses ; dos à droite ; foyer d'auscultation à droite de l'ombilic, fœtus gros ; peu de liquide ; siège engagé ; version externe impossible.

18 octobre, à minuit, premières douleurs : à 9 heures 1/2 matin, dilatation complète, ralentissement des bruits du cœur. M. Potocki essaye d'abaisser un pied, ce qui est difficile, le genou étant au niveau de l'anneau de contraction ; enfin il arrive à l'accrocher et l'attire ; le cordon vient en même temps. Accouchement rapide d'un enfant né étonné, mais vite ranimé, du sexe féminin ; poids : 3,250 ; membranes = 14/12 ; cordon = 0,62.

B. Multipares. — Sur 48 procidences, 12 sièges, ou 1/4 des cas résultat en parfait accord avec celui de la statistique de Lariboisière qui donne 7 cas sur 27 ; dans ces 12 sièges, six bassins sont rétrécis, et trois fois le placenta est inséré sur le segment inférieur. L'influence de la présentation semble donc moins nette que chez les primipares. Nous voyons toutefois qu'au point de vue de la fréquence, nous pouvons rapprocher les présentations du siège de l'insertion basse et des viciations pelviennes, dont elles ne sont souvent du reste que les corollaires :

§ 3. — Présentation de l'épaule.

Comme le siège, l'épaule en présentation laisse la porte ouverte aux procidences et les favorise plus encore que celui-ci ; on dirait que le prolapsus est d'autant plus facile que la présenta-

tion est plus dystocique ; car on sait que l'évolution spontanée est un phénomène absolument rare dans les présentations acromiales. Voyons plutôt nos chiffres.

A. Primipares. — Sur 26 cas, deux présentations de l'épaule, compliquées : l'une de rétrécissement pelvien, l'autre d'insertion basse, ici donc rien de bien démonstratif.

B. Multipares. — Sur 48 multipares, 9 ont eu des présentations de l'épaule : $\frac{1}{5}$ des cas ($\frac{1}{4}$ dans les relevés de M. Varnier.) Sur ces 9 cas : 3 insertions vicieuses, 1 rétrécissement du bassin, et 2 grandes multiparités compliquaient la présentation dystocique, 3 cas semblent dégagés de toute autre influence.

OBSERVATION XVI (Tableau B. 1891 : 708.)

La femme C., V pare, 36 ans, entre à la clinique Baudelocque le 12 mars 1891. Bonne santé habituelle, a eu quatre enfants : le premier à terme, spontané par le sommet, a présenté une procidence du cordon (mort 2 heures après sa naissance ; le deuxième à terme : siège, mode des pieds, vivant ; troisième par le sommet normal ; quatrième, idem.

Dernières règles le 6 août : a senti remuer à 4 mois $\frac{1}{2}$. Présentation de l'épaule. Version externe opérée avec difficulté. Application de la ceinture.

Le 3 juin la malade enlève sa ceinture : rupture des membranes ; procidence d'une anse de cordon, présentation de l'épaule. Essai de version externe. On introduit

nn ballon. Version interne et extraction d'un enfant mâle de 3920; né en état de mort apparente, rapidement ranimé, membranes == ? Cordon = 0^m71.

§ 4. — Procidence d'un membre.

Jusqu'ici nous n'avons fait aucune distinction entre les procidences simples du cordon et les procidences simultanées d'un ou de plusieurs membres. Au point de vue de l'étiologie, en effet, les procidences complexes rentrent toujours dans la grande loi de non-accommodation; c'est au point de vue du pronostic que nous aurons à ce sujet de notables différences à établir.

Nous trouvons la procidence complexe 4. fois chez nos 26 primipares, et 14 fois chez nos 48 multipares; soit en bloc 18 fois sur 74 cas ou 1/4. (1/6 dans la statistique de Lariboisière). Dans l'observation suivante, la procidence du cordon semble avoir été nettement favorisée par la procidence du membre.

OBSERVATION XVII (Tab. B. 1890 : 662)

La femme C., 29 ans, III pare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 24 juillet 1890. Deux grossesses antérieures : 1^{er} enfant né-mort; 2^e présentation de l'épaule et version interne.

Dernières règles le 24 octobre. Mouvements actifs à 4 mois 1/2; hauteur de l'utérus 0^m29. Présentation du tronc; tête dans l'hypochondre gauche, siège dans la fosse iliaque droite, version externe et ceinture.

31 juillet à 11 heures du matin, premières douleurs. A 1 h. rupture des membranes ; liquide vert, procidence de la main droite et du cordon. Réduction très pénible des deux procidences dans la position genu-pectorale. Plus de battements du cordon. Le travail marche régulièrement. Expulsion à 11 h. 50 du soir. d'un enfant mort-né, masculin de 3.700. Membranes 12/8. Cordon, 0^m84,

Art. IV. — Procidences antérieures.

Les mêmes causes produisent souvent les mêmes effets, si un bassin rétréci a déjà causé une procidence, rien d'étonnant à ce qu'il en cause une seconde. L'observation XVIII en est une preuve.

OBSERVATION XVIII (Tab. B. 1893 : 241).

La femme B., 39 ans, XII pare entre à la clinique Baudelocque le 19 février 1893. Bonne santé habituelle, a eu 11 grossesses : les 3 premières terminées à terme par le forceps, enfants morts ; à la 4^{me}, procidence d'un bras et du cordon, embryotomie ; 5^{me}, mort-né par le siège ; 6^{me} et 7^{me}, avortements de 4 mois 1/2 ; 8^{me}, provoqué à 8 mois 1/2, enfant mort ; 9^{me}, provoqué à la même époque, enfant vivant ; 10^{me}, fausse couche à 6 semaines ; 11^{me}, spontané à 8 mois 1/2, vivant. Dernières règles le 9 mai ; mouvements actifs en aout, sommet en gauche transverse, pas d'engagement ; angle très accessible : enfant vivant. Vives douleurs à 6 heures du soir ; à 8 heures 1/2, dilatation d'une paume de main ; procidence du cordon. Rétropulsion manuelle. Un aide fixant la tête, M. Varnier rompt les membranes, liquide vert, expulsion à 10 heures 35 d'une fille vivante de 2930 g. Membranes 26/8. Cordon, 0^m83.

Cette observation et la précédente (V. Obs. XVII) sont les seules où l'on trouve mentionnée une procidence ancienne.

CONCLUSIONS

Nous avons fini avec les causes prédisposantes. Tâchons en quelques mots d'assigner à chacune son importance.

Du côté du canal utéro-pelvien, l'insertion vicieuse du placenta et le rétrécissement du bassin (1) se rencontrent chacun dans $1/2$ des cas ; la multiparité dans $1/3$. Du côté de l'œuf hydramnios, dans $1/7$ des cas ; grossesse gémellaire dans $1/25$; Volume exagéré du fœtus $1/10$, petitesse exagérée $1/10$. Du côté des présentations : siège $1/4$ des cas ; épaule $1/4$, procidence complexe $1/4$. Mais comme nous l'avons déjà dit, et comme nous croyons l'avoir démontré, c'est l'union plus ou moins compliquée de ces différentes causes qu'il faut incriminer la plupart du temps.

(1) Le rétrécissement du bassin n'atteint pas tout à fait la moitié des cas : 32 sur 74. Dans un résumé général, nous avons cru pouvoir le mettre au même niveau que l'insertion vicieuse

CHAPITRE II

CAUSES DÉTERMINANTES ET MÉCANISME

La cause déterminante des procidences, c'est le « flot de l'eau qui entraîne avec la plus grande facilité le cordon ombilical ou un membre du fœtus dans les cas même où rien n'en avait auparavant annoncé la présence au-dessous de la tête. » (Varnier) (1). Ce flot de l'eau agit le plus souvent brusquement, sous l'influence d'un mouvement provoqué, et le moment exact où il entraîne le cordon a dans l'étiologie de la procidence une importance capitale. Mais parfois aussi c'est par une série de petits mouvements, de contractions utérines répétées que le cordon descend peu à peu avec le liquide amniotique au-dessous de la grande présentation. Dans le premier cas le prolapsus est dû le plus souvent à une action extérieure ; dans le second il se produit par le seul fait de l'association des contractions utérines au défaut d'accommodation. Nous étudierons d'abord les procidences *lentes* qui tiennent encore de si près à notre précédent chapitre.

(1) Varnier, loc. citat.

Article I. — Procidences lentes.

Ces procidences se rencontrent beaucoup moins fréquemment que les autres.

A. Primipares. — Sur 26 primipares, nous les trouvons 18 fois : 215 ; une fois avec une insertion vicieuse, une fois avec une présentation du siège, une fois avec celle de l'épaule et sept fois avec un bassin rétréci.

B. Multipares. — Ici, proportion un peu moins forte encore : 113 ou 14 procidences produites lentement sur 48 cas : 1 siège, 5 épaules, un sommet avec enfant de 4300, et sept rétrécissements osseux. Une chose est surtout à remarquer : c'est cette prépondérance excessive des sténoses pelviennes ; ce qui nous montre la réalité du mécanisme que nous invoquons il y a un instant. L'utérus s'acharnant à chasser un fœtus qui ne peut entrer dans le canal osseux, la poche des eaux devient de plus en plus volumineuse ; et ce sont les parties ambiantes qui glissent peu à peu et arrivent à franchir l'orifice : l'accoucheur pratiquant le toucher au cours du travail est tout surpris de trouver une procidence « alors que rien ne la faisait prévoir » et avant toute intervention. Voilà pourquoi le sommet et l'épaule non engagés, permettant un facile glissement sur leur pourtour, se rencontrent ici le plus fréquemment.

OBSERVATION XIX. (Tab. B. 1892 : 735.)

La femme Z. 32 ans, IX pare, entre à la clinique Baudelocque le 26 mai 1892. A eu 8 grossesses : la 1^{re} terminée par une céphalotripsie ; la 2^e par un forceps ; 3^e, accouchement provoqué à 7 mois et demi : version et basiotripsie ; 4^e version à 7 mois et demi : enfant vivant ; 5^e, 6^e et 8^e, avortements à 4 mois et demi ; 7^e avortement à 3 mois et demi.

Dernières règles le 15 septembre. Mouvements actifs à 4 mois et demi. Présentation du sommet en gauche transverse ; tête non engagée. Bassin vicié, canaliculé ; le doigt arrive sur un faux promontoire. Le diamètre promonto-sous-pubien = 8,4. Les membranes sont rompues, et l'enfant mort. Procidence dans le vagin d'une anse de cordon privé de pulsations. M. Varnier fait une basiotripsie, et extrait un enfant mâle de 3680. Membranes 21/6. Cordon ?

Article II. — Procidences brusques.

Celles-ci, plus fréquentes que les précédentes, 34 sur 48 multipares, 16 sur 26 primipares sont généralement produites par une intervention, que celle-ci ait lieu avec la main (rupture des membranes ou déplacements du fœtus) ou avec un instrument (ballon de Champetier.)

§ 1. — Rupture des membranes.

Ce qu'il y a à craindre dans la rupture des membranes, c'est l'issue brusque du liquide amniotique entraînant la tige funiculaire. C'est par ce mécanisme que la procidence se produit le plus fréquemment.

A. primipares. — 7 fois sur nos 26 cas, la déchirure des membranes est nettement la cause déterminante de la procidence, qui s'est produite aussitôt après. 6 fois la rupture a été spontanée ou accidentelle avant dilatation complète; une fois seulement elle a été artificielle à dilatation complète et la tête était amorcée; mais le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9,8; l'accommodation ne pouvait être parfaite, et le cordon a facilement trouvé une brèche pour prolaber.

B. Multipares. — Nos 48 multipares nous offrent 16 cas de procidence, succédant immédiatement à l'ouverture de la poche des eaux; 9 fois, rupture au cours du travail, accidentelle ou spontanée; 7 fois à dilatation complète; mais toujours l'orifice de sortie préexistait, puisque ces 7 cas se décomposent en 4 rétrécissements du bassin, 2 insertions vicieuses et un siège.

En résumé, le mécanisme de l'issue brusque du cordon par rupture des membranes doit être invoqué 23 fois sur 74 procidences, dans presque $\frac{1}{3}$ des cas; 15 fois la rupture est spontanée ou

accidentelle avant dilatation complète, $\frac{1}{5}$ des cas; 8 fois $\frac{1}{9}$ elle est artificielle; mais par suite d'un obstacle à l'engagement, la paroi du segment inférieur, doublée des membranes, ne peut recouvrir « comme d'une étroite calotte et sans interposition de liquide la tête au niveau de sa grande circonférence ». (Varnier).

OBSERVATION XX. (Tab. B. 1891 : 63).

La femme T., 20 ans, II pare, entre à la clinique Baudelocque le 14 janvier 1891. A eu 1 premier accouchement spontané à terme. Dernières règles le 16 mars. A senti remuer à la fin de juillet.

Présentation du siège complet. Bassin légèrement rétréci: angle accessible; enfant vivant. Engagement trop accentué; version externe impossible. A 3 heures, premières douleurs et rupture spontanée des membranes. Aussitôt, procidence du cordon et de la main droite. Rétroussion impossible; tractions; dégagement artificiel des bras et, à 4 h. 40, extraction, par la manœuvre de Mauriceau, d'un enfant mâle de 3,290, vivant. Membranes, 33/13. Cordon, 0,62.

L'expulsion d'un premier enfant dans les cas de grossesse double peut aussi provoquer une procidence chez le second, sans doute à cause de la destruction brusque de l'accommodation forcée qui s'était faite pendant la grossesse. Nous en voyons un exemple à notre tableau A (1893 : 414); un premier enfant ayant été extrait au forceps, le second a présenté une procidence aussitôt après, et naît mort.

§ 2. — Version par manœuvres externes au cours du travail.

Les manœuvres de version externe, par suite des mouvements imprimés au fœtus, peuvent aussi déplacer le cordon et le faire prolaber.

A. Primipares. — 2 cas de procidence se sont produits après des essais de version externe ; mais le moment exact de leur apparition n'étant pas noté, ces deux cas sont assez peu démonstratifs.

B. Multipares. — Sur nos 48 multipares, 7 prolapsus ont suivi de trop près la version externe, pour qu'il n'y ait pas entr'eux des rapports de cause à effet. Dans 2 cas surtout, la procidence se produit immédiatement et paraît manifestement due à la version.

OBSERVATION XXI. (Tab. B. 1891 : 810).

La femme G., 36 ans, VIII pare, entre à la clinique Baudelocque le 23 juin 1891.

Bonne santé habituelle ; 7 grossesses antérieures, terminées toutes par des accouchements normaux par le sommet.

Dernières règles le 23 septembre. Mouvements actifs en janvier. Présentation du siège ; enfant vivant. Bassin normal. Poche d'eau volumineuse avec une dilatation de 5 fr. Version externe. Aussitôt après, procidence d'une main et du cordon. Rétropulsion manuelle. Le travail marche régulièrement : 6 heures après les premières douleurs, expulsion d'un enfant mâle vivant de 2,500 gr. Membranes, 30/25. Cordon, 0,60.

N'est-il pas évident dans ce cas que l'élévation artificielle et nécessaire du fœtus au-dessus du détroit supérieur a permis au cordon de glisser sous lui. De là le sage précepte de ne pas pratiquer la version par manœuvres externes au cours du travail dans les présentations du siège (celles de l'épaule la nécessitent toujours); et dans les autres cas de la pratiquer toujours très doucement et de s'assurer ensuite s'il n'y a pas de procidence.

A cette question de la version, nous croyons devoir rattacher un fait qui s'est passé chez une primipare, ayant une présentation du siège, mode des fesses. (Tab. A. 1892 : 1350). Dès que l'on eut abaissé un pied, il se fit une procidence du cordon à la vulve, et l'on dut extraire l'enfant rapidement. Le cordon s'était échappé par la route que laissait libre le membre en voie d'abaissement.

§ 3. — Forceps.

Dans 4 observations de multipares, il nous a semblé que le forceps, que l'on avait dû désarticuler après une application et des tractions sans résultat, avait permis au cordon de le suivre, jouant ainsi le rôle de cause efficiente.

OBSERVATION XXII. (Tab. B. 1891 : 1104).

La femme B., 26 ans, II pare, entre à la clinique Baudelocque le 30 juillet 1892. Un premier accouchement à terme par le sommet normal. Dernières règles le 5 novem-

bre. Mouvements actifs à 4 mois 172. Bassin rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

Début du travail à 2 heures du matin. Présentation du sommet en gauche transverse; tête élevée; pas d'engagement; enfant vivant. Dilatation d'une pièce de 5 fr. A 11 heures, dilatation complète. M. Varnier fait une application de forceps; prise normale; tractions; pas de résultat; ralentissement des bruits du cœur; on désarticule et on retire les cuillers; procidence du cordon. On fait la rétropulsion assez facilement, et M. le Professeur Pinard est appelé. A 1 heure, symphyséotomie. A 1 heure 26, extraction d'un enfant en état de mort apparente, mais vite ranimé, de 4,000 gr., sexe masculin. Cordon, 0,42.

De cette observation, nous pouvons tirer une double leçon. Nous voyons d'un côté le rôle malheureux que peut jouer le forceps dans certains cas, rares il est vrai, et d'un autre côté l'immense avantage qu'il y a, dès que l'on éprouve une trop grande résistance avec cet instrument à recourir à la précieuse opération, magistralement restaurée en France par M. le Professeur Pinard.

§ 4. — Ballon de M. Champetier de Ribes.

Plusieurs fois la procidence s'est produite au moment où ce ballon sortait des voies génitales. A-t-il joué le rôle de cause déterminante?

Remarquons d'abord qu'il est employé dans les cas où justement le prolapsus est fréquent (rétrécissement du bassin, insertion vicieuse, etc.). Mais de plus il demande à être surveillé; et, si nous

pouvons l'incriminer dans quelques cas, c'est précisément dans ceux où il a été expulsé violemment, laissant derrière lui une large porte ouverte. Voici les faits.

A. Primipares. — 5 fois le ballon Champetier nous semble avoir joué le rôle de cause efficiente dans la production du prolapsus ; mais une fois il s'est rompu, et 2 fois il a été expulsé violemment en l'absence de l'accoucheur. Restent deux cas, où quoiqu'il ait été extrait lentement et avec précaution, le cordon a prolabé ; mais c'était avec deux bassins rétrécis et dans ces cas alors même que les autres précautions sont prises, si l'on n'appuie pas fortement la tête sur le détroit supérieur à travers la paroi abdominale, il est difficile d'échapper à la procidence, le cordon suivant le ballon comme il suivait tout à l'heure le « flot de l'eau » à la rupture des membranes.

B. Multipares. — Sur 48 cas, 7 fois le ballon est en cause ; 17 des faits, mais la seule fois où il ait été extrait, c'était avec une présentation de l'épaule et, comme tout à l'heure l'engagement n'étant pas effectué, la procidence était difficile à éviter ; les autres fois, le ballon a été expulsé spontanément et plus ou moins violemment, loin des yeux de l'accoucheur.

OBSERVATION XXIII. (Tab. B. 1890. 3).

La femme M., II pare, entre à la clinique Baudelocque le 4 janvier 1890. 1^{er} accouchement à terme, a nécessité

une basiotripsie : enfant de 5 kilogr. Bonne santé habituelle.

Dernières règles le 1^{er} avril : mouvements actifs à la fin d'août.

10 heures du matin : Douleurs depuis 4 heures du matin. Présentation du sommet en droite transverse (tête amorcée), col à peine perméable ; membranes intactes. A midi la dilatation n'avançant pas, introduction d'un ballon Champetier ; rupture accidentelle des membranes à ce moment ; liquide abondant. A 10 heures 1½, expulsion spontanée du ballon et procidence d'une anse de cordon. Rétropulsion manuelle, accouchement spontané à 2 h. 1½ d'une fille vivante de 3.820 gr. ; membranes, 38½0. Cordon, 0.85.

De ce fait et de 5 autres analogues, nous concluons que, s'il n'est surveillé à tout moment, extrait lentement et à propos, la partie fœtale en présentation fixée préalablement, le ballon de M. Champetier semble pouvoir devenir une cause déterminante de prolapsus, surtout dans les cas de rétrécissements du bassin.

Rupture brusque des membranes, version externe, forceps et ballon Champetier se partagent donc le mécanisme de la procidence rapide. A chacun nous devons faire sa part.

La rupture intempestive de la poche des eaux entre pour 173 des cas : 16 fois 74, c'est elle qu'il faut le plus redouter et quelquefois prévenir en l'opérant prématurément, la tête préalablement bien fixée.

La version externe n'entre pas pour 178 des cas : 9 fois sur 74. Le forceps est encore beaucoup plus rare, 4 fois sur 74 ou 118.

Enfin le ballon Champetier semble devoir prendre 1/6 des responsabilités, 12 sur 74.

Nous en avons fini avec l'étiologie si complexe des procidences et avec la partie capitale de notre travail. Dans quelques courts chapitres nous ébaucherons maintenant le diagnostic, le pronostic et le traitement des prolapsus, renvoyant pour plus amples détails à la monographie des procidences de M. Varnier (*Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*. Tomes 3 et 4) et à la thèse de Mme Boyer (1). (De la conduite à tenir dans les cas de procidences du cordon ombilical : thèse de Paris 1892.)

(1) Thèse faite à la clinique Baudelocque en 1892.

SIGNES & DIAGNOSTIC DE LA PROCIDENCE

Le diagnostic de la procidence pendant le travail, est de la plus haute importance, la vie de l'enfant étant presque toujours sous sa dépendance. Les signes de la procidence se divisent tout naturellement en deux catégories : signes rationnels et signes sensibles ou de certitude.

Article premier. — Signes rationnels.

Ils se réduisent à deux : modifications des bruits du cœur et couleur verdâtre du liquide amniotique à la rupture des membranes. Ils ne se rencontrent l'un et l'autre qu'à une période avancée de la procidence, quand l'enfant souffre, que la compression du cordon ait été lente ou qu'elle se soit produite brusquement. Ils ont donc une grande importance, puisque l'intervention ne saurait être différée dès leur apparition.

§ I. — **Modification des bruits du cœur.**

On sait que les battements du cœur fœtal sont au nombre de 140 environ par minute. Normale-

ment, ils doivent être bien frappés. D'où deux altérations possibles, soit dans le nombre, soit dans le timbre.

Notre observation XVIII (voir plus haut) nous montre que leur seul ralentissement peut mettre sur la voie du diagnostic. Dans ce cas, les bruits du cœur ayant considérablement diminué de nombre, on alla pour abaisser un pied et une procidence fut aussitôt constatée.

Les altérations du timbre sont également d'un précieux renseignement. Dans notre observation VII, une anse de cordon en prolapsus, n'eut peut-être pas été observée si les bruits du cœur devenus sourds n'eussent décidé l'accoucheur à introduire le ballon de M. Champetier qui se montra accompagné d'une procidence. Nous pourrions citer de nombreux cas analogues ; la conclusion pratique nous paraît assez nettement indiquée ainsi. Toutes les fois que l'on a la moindre raison de soupçonner la possibilité d'une procidence : ausculter souvent et à la plus petite modification des bruits, explorer les parties génitales. Très souvent on y trouvera le cordon procident et comprimé.

Il y a plus ; les modifications des bruits du cœur peuvent faire reconnaître un prolapsus du cordon même pendant la grossesse. Une très intéressante observation que nous avons recueillie à la clinique Baudelocque au dernier moment et qu'on

pourrait certainement rapprocher des cas de M. Maygrier (1) en est un exemple.

OBSERVATION XXIV

La femme L. 26 ans, primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 30 avril 1893. Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde à 10 ans,

Dernières règles le 25 juillet. Mouvements actifs au 4^e mois; hauteur de l'utérus, 0 m 29. Tête dans la fosse iliaque gauche; dos à droite. Angle accessible. Enfant vivant.

Le 24 mai les bruits du cœur sont arythmiques. On pense à une endocardite; 28 mai à midi, premières douleurs : tête encore élevée, en gauche, transverse. — 29 à 8 h. 45, dilatation d'une paume de main : membranes très tendues. M. Lepage pratique la rupture artificielle : liquide vert. La dilatation est complète à 9 heures; et à midi on sent une anse de cordon procidente à droite. Forceps à midi 10, on extrait un enfant étonné ayant rendu son méconium et verdâtre sur toute son étendue; il reprend presque aussitôt la couleur normale et crie une minute après l'accouchement. C'est une fille de 3170 gr. Membranes 26,8. Cordon 0,49.

C'était évidemment la compression funiculaire qui avait produit cette arythmie précoce et la couleur verte du liquide amniotique au moment de l'accouchement.

(1) Maygrier. Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenus en dehors du travail. (*Progrès médical*, 1887).

§ 2. — Modifications du liquide amniotique.

Les eaux de l'amnios sont normalement formées d'un liquide clair dans lequel nagent de nombreux débris de vernix caseosa, ce qui lui donne sa couleur un peu blanchâtre. Cette couleur se modifie dans deux cas : dans la macération elle devient rougeâtre et, quand le fœtus souffre et rend son méconium, verdâtre : c'est ce dernier cas qui nous occupera seul.

Le Docteur Lévy (1) dans son intéressante thèse nous explique pourquoi dans les cas de procidence le fœtus rend son méconium. Il résulte d'expériences physiologiques que l'acide carbonique en excès dans l'organisme produit des contractions musculaires, que son action porte sur la moelle épinière comme le veulent Marshall Hall et Brown Sequard, ou directement sur les muscles et les extrémités nerveuses, comme le pense P. Bert.

Or les contractions rapidement répétées deviennent des convulsions. C'est ce qui doit se produire ici. « L'acide carbonique entraîne des mouvements exagérés de l'intestin ; et comme chez le fœtus dans les cas d'asphyxie, il y a une accumulation d'acide carbonique il est possible que l'issue du méconium soit l'effet de ces mouvements désordonnés. » (Lévy.)

Ce passage du méconium dans le liquide amniotique change à la fois sa consistance et sa cou-

(1) Lévy. Du liquide amniotique coloré. Paris, 1893.

leur. De limpide, il devient épais; de blanchâtre, il devient vert et ressemble finalement à de la purée de pois. (Varnier, loc. cit.)

Cette modification est un bon indice de souffrance du fœtus et, comme après les circulaires, c'est dans la procidence qu'on la rencontre le plus souvent pour ce qui est du fœtus et de ses annexes, si elle est constatée à la rupture des membranes avant tout autre examen, il faut tout aussitôt explorer les voies génitales et très souvent comme dans notre observation XVII, on trouvera une procidence.

De même, au cours du travail longtemps après que la poche des eaux a été rompue, les modifications du liquide amniotique doivent faire songer à la possibilité d'une complication.

Notre observation VI en fournit un exemple.

Donc, toutes les fois que le liquide amniotique est teinté de méconium, surveiller attentivement le travail.

Article II. — Signes de certitude.

Quand une anse de cordon vient se montrer à la vulve ou même dans le vagin, elle porte son diagnostic avec elle, mais le plus souvent le cordon fait à peine saillie au-dessous de la grande circonférence fœtale, et les difficultés du diagnostic diffèrent selon que les membranes sont intactes ou rompues.

§ 1. — Membranes intactes.

C'est à la procidence avec membranes intactes que les anciens donnaient le nom de procubitus (présentation de M. Varnier). Dans ce cas les signes de prolapsus sont parfois difficiles à percevoir.

Avant tout, si l'on veut ne pas s'exposer à une rupture intempestive des membranes, il faut s'arrêter dans son exploration, chaque fois qu'une contraction utérine commence et pendant toute sa durée. Ceci posé, « on porte d'abord le doigt derrière la symphyse pubienne » (Varnier), et l'on ne sent d'abord que la rénitence de la poche des eaux ; en déprimant un peu, on finit généralement par percevoir une petite partie molle, fugitive « comme un glaçon dans un verre d'eau (1). » C'est le cordon. On attendra qu'il revienne au contact du doigt ; et on tâchera de le pincer et de le fixer sur une paroi osseuse ou sur le segment inférieur pour l'explorer à son aise. S'il bat, le diagnostic semble facile ; il n'est pas si simple cependant qu'on serait tenté de le croire ; car le pouls de l'accoucheur pourrait en imposer pour celui du cordon. Pour éviter cette confusion, il suffit de compter les battements funiculaires « que leur fréquence même empêchera toujours

(1) Varnier, loc. citat.

de confondre avec ceux du doigt de l'accoucheur, quoique beaucoup d'écrivains, même parmi les modernes, aient proclamé cette cause d'erreur comme très possible et en quelque sorte très excusable. » (Mme Lachapelle) (1).

D'un autre côté « si dans l'épaisseur des parois du col aminci (segment inférieur) rampent quelques artères, phénomène extrêmement fréquent; ces artères pourront être prises pour celles du cordon, à moins que l'on ne se rappelle la différence du rythme des pulsations artérielles chez l'adulte et chez le fœtus. » (Lachapelle, *loc. cit.*) Il suffit d'ajouter au signe différentiel signalé ici l'immobilité des vaisseaux perçus par rapport à ce qui paraît être les membranes, immobilité qui n'existerait pas si c'était le cordon.

Enfin, dans les cas d'insertion vélamenteuse avec plusieurs vaisseaux funiculaires, l'un de ceux-ci peut avoir l'apparence du cordon entier; cependant il fuit moins sous le doigt, et l'erreur serait sans conséquence, puisque dans ce cas il n'y a jamais de compression totale.

Si la petite partie mobile, attentivement explorée, ne présente pas de battements, on ne peut encore renoncer au diagnostic de procidence du cordon, car si l'auscultation aussitôt pratiquée fait penser que l'enfant est mort, l'organe prolapsé pourra fort bien être la tige funiculaire inerte;

(1) Mme Lachapelle. Prat. des acc. IX mémoire.

c'est alors par sa forme, par sa consistance, par son volume qu'on pourra la distinguer d'un membre. Dans ce cas, du reste, le diagnostic n'a plus aucune importance clinique.

Enfin, les signes rationnels existant, on peut ne rien sentir au palper, et constater un prolapsus au moment de l'expulsion, mais ceci fait plutôt partie de l'histoire du procubitus.

§ 2. — Membranes rompues.

Dans ce cas, le doigt pouvant être introduit profondément sans danger, il est rare que le cordon ne soit pas senti, à moins qu'un petit membre procident tout entier ne cache la tige funiculaire à peine prolabée.

Ce qui est beaucoup plus délicat, alors que la partie perçue est privée de pulsation, c'est de diagnostiquer d'après ce seul signe l'état du fœtus. Car les contractions utérines fréquentes peuvent arrêter les battements funiculaires « pendant un certain temps sans que l'enfant périsse. »

Notre observation 1149 (tab. B. 1892) en est une preuve.

L'auscultation est du reste un criterium auquel il faut toujours recourir. Combinée à la palpation attentive elle ne permettra guère l'erreur. Tout ce que nous avons dit dans notre premier paragraphe, est encore vrai ici.

Ce n'est pas assez de faire par la constatation

manuelle le diagnostic ferme de procidence ; il faut la prévoir. Ceci revient à énumérer toutes les causes que nous avons étudiées. Ces présentations du sommet non engagé, que ce soit par viciation pelvienne, par insertion du placenta sur le segment inférieur, par hydramnios ou par volume exagéré du fœtus, les présentations du siège et de l'épaule demandent sous ce rapport un pronostic très réservé.

PRONOSTIC DE LA PROCIDENCE

De tous temps la procidence du cordon a été regardée comme une grave complication, menaçant sérieusement la vie de l'enfant.

Dans ses relevés, Clarke accusait une mortalité de 74 0/0, Michaelis de 70 0/0. M. Tarnier trouve 34 0/0. M. Varnier 25 0/0. Cette mortalité décroissante vient évidemment de ce que la procidence chaque jour mieux connue est aussi mieux traitée, comme nous le verrons par la suite de ce travail.

Chez nos 26 primipares, nous relevons 11 morts et 15 enfants vivants dont 2 nés en état de mort apparente ; et sur nos 48 multipares, 13 morts et 35 enfants vivants dont 10 nés en état de mort apparente.

En bloc nous obtenons donc 24 mortssur 74 cas ou 1/3 ; soit 32 0/0. Ce chiffre peut paraître considérable ; mais en étudiant ces cas en détail, nous voyons (Tab. A et B) que sur ces 74 femmes, 43 sont entrées alors que le travail était déjà commencé depuis un certain temps ; et à ce moment 10 enfants (les 2/5 de nos morts) avaient déjà succombé. 31 seulement ont été suivies depuis le dé-

but du travail ; et il n'y a eu que 4 morts sur ce nombre ; 118 ou 13 010.

12 enfants nés en état de mort apparente ont été plus ou moins rapidement ranimés ; mais la viabilité est restée précaire chez 5 de ceux-là qui sont morts quelques heures ou quelques jours après leur naissance : 1 sur 5 seulement avait été suivi depuis le début du travail. Tous ces chiffres sont consignés dans le tableau suivant :

ANNÉES.	PROCIDENCES															NOMBRE TOTAL d'accouchements.
	PRIMIPARES							MULTIPARES								
	Nombre d'accouchements de Primipares.	Nombre de Procidences.	Enfants nés vivants.	Enfants nés en état de mort apparente.	Enfants nés morts.	Mort avant l'entrée. pendant le travail.	Enfants morts peu après la naissance.	Nombre d'accouchements de Multipares.	Nombre de Procidences.	Enfants nés vivants.	Enfants nés en état de mort apparente.	Enfants nés morts.	Mort avant l'entrée. pendant le travail.	Enfants morts peu après la naissance.		
1889	98	43	»	»	»	»	»	35	1	»	1	»	»	»	4	
1890	1244	575	6	»	3	1	»	669	3	4	»	2	1	»	8	
1891	1634	809	8	2	3	1	»	845	19	42	3	2	»	»	1	
1892	1834	863	10	»	4	2	»	971	20	10	3	7	3	»	4	
1893	670	296	2	»	1	1	»	374	5	2	1	2	1	»	4	
Total.	5500	2386	26	2	11	5	1	2914	48	25	10	13	8	4		

« J'ai vu, dit Mme Lachapelle, le cordon pendre hors de la vulve durant plusieurs heures sans que le fœtus en eût aucunement souffert, par ce que la compression était nulle. » A quoi tenait donc l'immunité signalée par l'illustre sage femme ?

Quels sont les moyens dont se sert la nature pour sauver l'enfant dans les cas heureux ? Mme Boyer les a recherchés dans son intéressante thèse (1). D'après elle le pronostic dépend : de l'état des membranes, de la présentation, et du siège de la procidence ; nous y ajouterons la procidence simultanée d'un membre.

Article Premier. — Etat des membranes.

Dans la procidence avec membranes intactes, les anciens auteurs, avec Mme Lachapelle, considéraient le pronostic comme très bénin. Aujourd'hui l'on est bien revenu de cette fatale erreur ; il nous suffira de jeter un coup d'œil sur notre statistique, pour nous convaincre de la gravité du pronostic même dans ce cas.

Sur 27 procidences s'étant produites avant l'ouverture de la poche des eaux nous trouvons 9 morts : soit 1/3 ; exactement la même proportion que dans les procidences en général ; et 3 cas de mort apparente. Dans deux cas, il est vrai, (observations 79 et 256 du tableau A. 1891), les bat-

(1) Mme Boyer, loco. citat.

tements bons jusque-là, se sont modifiés rapidement à la rupture des membranes et l'enfant est mort ; mais dans la plupart des faits il avait déjà succombé quand on a ouvert la poche des eaux.

Article II. — Présentation.

On prétendait autrefois que dans les présentations vicieuses, dans celles de l'épaule en particulier, le cordon ne pouvait guère être comprimé. Les statistiques récentes ont démontré le mal fondé de cette assertion. M. Varnier sur 7 cas de mort dans 27 procidences, trouve 4 présentations du sommet et 3 de l'épaule ; et sur 5 morts apparentes : 1 sommet, 2 sièges et 2 épaules.

Sur nos 24 cas de mort, nous relevons 14 présentations du sommet, 4 du siège et 6 de l'épaule. Nous voyons que l'épaule, qui ne se rencontre guère que dans 1/6 des cas de procidences, s'accompagne de mort 6 fois sur 24, soit dans 1/4 des cas. Ces chiffres sont en contradiction absolue avec l'opinion des anciens. Quant au siège, il reste dans sa proportion habituelle.

Dans 12 cas de mort apparente, le sommet est représenté 6 fois ; le siège 3 fois et l'épaule 3 fois. La proportion est la même que tout à l'heure pour l'épaule, un peu plus forte pour le siège, qui peut-être empêcherait la compression du cordon d'être très rapidement mortelle, mais non sans exposer l'enfant à souffrir fortement.

Article III. — Siège de la procidence.

Baudelocque et la plupart des accoucheurs de son époque avaient cru que le cordon procident au niveau des symphyses sacro-iliaques se trouvait en cet endroit très peu exposé à la compression. Mais s'il en était ainsi, bien peu de cordons devraient être comprimés, puisqu'on sait aujourd'hui que ce point « n'est pas seulement le lieu privilégié, mais aussi le lieu d'élection des procidences. » (Boyer.)

Dans nos relevés, nous n'avons trouvé que deux fois mentionné le siège de la procidence au niveau des symphyses sacro-iliaques : 1 fois l'enfant est mort, une fois il était vivant ; impossible par conséquent d'en tirer aucune conclusion. En tous cas, comme le dit Mme Boyer, au moment de l'expulsion, le cordon en quelque endroit qu'il se trouve ne saurait échapper à la compression ; et la procidence se produisant presque toujours d'un côté ou de l'autre du sacrum, le pronostic du prolapsus ne semble pas pouvoir en être intéressé.

*Article IV. — Procidence simultanée
d'un membre.*

On regarde généralement la procidence multiple comme favorable à la naissance d'un enfant

vivant, le membre faisant l'office d'un coin interposé entre le fœtus et sa mère, qui plus volumineux que le cordon, l'empêche d'être complètement comprimé. Mais pour que cette action fût vraiment efficace, il faudrait que le cordon fût toujours couché tout à côté du membre satellite, sans être jamais pincé, ni entre ce dernier et la présentation fœtale, ni entre celui-ci et la paroi utéro-pelvienne. Or ceci doit être rare ; car voici les résultats de notre statistique.

Sur 18 procidences du cordon, avec un ou plusieurs membres, 6 enfants sont nés morts, 1/3 ou proportion habituelle ; et 4 en état de mort apparente. On pourrait donc tout au plus accorder à la procidence complexe, qu'elle favorise plutôt une compression lente et incomplète (mort apparente) qu'une compression rapide et totale.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur le pronostic des procidences. Nous savons aujourd'hui que certaines circonstances qui pour Mme Lachapelle rendaient bénin le pronostic du prolapsus : procidence après la rupture des membranes ou à la dilatation complète, marche rapide du travail ne sauraient faire disparaître complètement les dangers de l'accident. Les numéros 1251 et 1281 (1891), 1197 (1892) de notre tableau B (mort des enfants malgré la réunion de toutes ces conditions) nous en démontrent le peu d'importance.

Nous croyons avoir assez solidement démontré maintenant la gravité du pronostic, pour pouvoir formuler ici l'axiome adopté par notre maître, M. le Professeur Pinard : « toute procidence du cordon ombilical nécessite l'intervention immédiate de l'accoucheur. »

PROPHYLAXIE & TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE

CHAPITRE I.

PROPHYLAXIE

Supprimer les causes, c'est presque toujours supprimer les effets. C'est sur cet adage qu'est fondée la prophylaxie de la procidence.

Article Premier. — Présentations vicieuses.

Nous croyons avoir démontré que les présentations vicieuses entrent pour une large part dans l'étiologie de la procidence ; il est tout indiqué de la faire disparaître de bonne heure. Car la poche des eaux une fois rompue, on ne pourra souvent plus recourir qu'à la version par manœuvres internes, et encore n'est-elle pas toujours indiquée avec le siège (V. plus haut).

C'est donc avant le travail qu'il faudra changer la présentation en faisant la version par manœuvres externes.

Art. II. — Version par manœuvres externes.

Celle-ci, pour diminuer les chances de procidence devra être effectuée avec méthode et douceur. Nous réprouvons absolument tout mouvement brusque qui puisse faire « descendre un flot d'eau vers les parties déclives et entraîner presque forcément le cordon pour peu qu'il soit rapproché de la « zone dangereuse. »

Art. III. — Ballon de M. Champetier de Ribes.

Dans un instant, nous reparlerons de cet instrument. Qu'il nous suffise pour le moment de dire qu'une fois introduit dans l'utérus, il doit être l'objet d'une surveillance de tous les instants, et principalement quand la dilatation est à peu près complète ; car, c'est quand il est expulsé brusquement, que le cordon suit le ballon.

Art. IV. — Rupture des membranes.

C'est ici surtout qu'on ne saurait trop recommander de précautions. Devant une poche des eaux intacte, et, sans procidence on pourrait presque dire que l'accoucheur peut empêcher ou obtenir

à son gré le prolapsus. Qu'il déchire brusquement les membranes, si l'engagement n'est pas complet, l'accommodation n'étant presque jamais parfaite à ce moment, le cordon sortira presque nécessairement. Si au contraire il fait préalablement fixer par un aide la partie en présentation sur le détroit supérieur à travers la paroi abdominale, s'il ouvre lentement la poche des eaux, en maintenant un instant son doigt sur cet orifice artificiel, pour modérer l'issue du liquide, il est bien rare qu'il y ait prolapsus. Une autre recommandation nous paraît avoir sa place ici ; c'est de rompre la poche des eaux, au moment où cesse la contraction utérine quand cette poche n'est plus extrêmement tendue, mais encore assez cependant pour empêcher de glisser les parties fœtales.

En tous cas, manœuvres douces et prudentes, qu'il s'agisse de rupture de membranes, de version ou de ballon, tel est le moyen d'éviter les procidences.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE LA PROCIDENCE

Article 7. — Réduction manuelle.

C'était avec la main que les anciens accoucheurs rétropulsaient le cordon procident : ce fut la pratique de Mauriceau et de Mme Lachapelle. Malheureusement à cette époque, on avait la fâcheuse habitude de n'introduire qu'un ou deux doigts dans le vagin, et, surtout quand le col était encore peu dilaté, il devenait très difficile d'opérer la réduction. Aussi accueillit-on avec faveur les divers procédés qu'à la suite de Mackensie, imaginèrent Baudelocque, Lœffler (éponge), Burton (béquille Schoeller (omphaloster), Aschford (pessaire Gariel), pour rétropulser le cordon plus facilement qu'avec la main.

On comprend que tous ces procédés soient tombés en désuétude du jour où l'on s'est décidé à introduire dans le vagin la main entière « cet instrument qu'on a toujours avec soi. » (Pinard). Dès lors le doigt pouvant remonter assez haut dans la cavité utérine, plus besoin de porte-cordon.

Le manuel opératoire de la réduction manuelle a été nettement formulé par M. Varnier (1); nous résumons ici ses conclusions : La main doit *être introduite toute entière dans le vagin, pouce compris*, de la sorte, elle rend autant de services que les instruments les mieux compris. La main une fois introduite, il faut *repousser rapidement et en masse l'anse prolabée* sans quoi elle redescendrait à mesure ; il faut la conduire en quelques mouvements au-delà de la grande circonférence de la présentation, et, en retirant la main, l'appuyer sans cesse fortement contre le fœtus, pour que le cordon ne puisse redescendre (2). La parturiente devra ensuite être surveillée avec soin et l'auscultation fréquemment pratiquée.

Il est généralement avantageux de se servir « de la main droite pour les procidences de la moitié gauche du bassin et de la main gauche pour celles de la moitié droite » (Varnier). Quant à la position genu pectorale de la femme, déjà conseillée par Deventer, et surtout pratiquée par Ritgen et Gaillard-Thomas, il est aujourd'hui avéré qu'elle n'a aucune utilité. (Professeur Pinard).

On peut avoir à opérer la réduction du cordon dans deux cas : à la dilatation incomplète et à la dilatation complète (Mme Boyer).

(1) Varnier. Revue pratique d'obst. et d'hyg. (loc. cit.)

(2) Nous croyons qu'on sera rarement obligé de recourir à la manœuvre employée dans un de nos cas. (V. tab. B. 1891, n° 1143) et d'accrocher le cordon à un membre.

§ 1. — Dilatation incomplète.

Si les membranes sont intactes, il faut se hâter de pratiquer la rétropulsion, la rupture pouvant toujours se faire et le fœtus s'engager aussitôt. L'opération effectuée, M. Pinard conseille de ne rompre les membranes qu'à la dilatation complète sauf dans les cas d'hydramnios, de tension excessive des parois ; et dans ces cas les conseils que nous donnions dans notre précédent chapitre, concernant l'ouverture de la poche des eaux, trouvent leur application.

Si les membranes sont rompues, même conduite, en se conformant aux règles générales que nous avons tracées.

§ 2. — Dilatation complète.

Si les membranes sont intactes ; on peut toujours tenter la rétropulsion ; on a vu des cas (tableau B. 1891 : 189,708) où celle-ci se maintenant, l'accouchement avait lieu ensuite normalement ; si elle ne se maintient pas, nous rentrons dans le cas suivant :

Les membranes rompues à dilatation complète avec procidence irréductible, que faire ? Nous supposons le cas habituel, une présentation du sommet.

A. Extraction par le sommet. — L'expulsion spontanée il n'y faut pas songer ; quand l'accouchement se terminerait l'enfant serait mort depuis longtemps.

Un certain nombre d'accoucheurs appliquent alors le forceps ; mais l'opération doit alors être menée assez vite ; puis il faut faire grande attention à ne pas pincer une anse du cordon procident en appliquant les cuillers ; c'est alors surtout qu'il ne faut faire cette application qu'après avoir introduit le doigt jusqu'à l'oreille pour voir si la voie est bien libre ; si l'on n'est jamais sûr que l'extraction sera assez rapide pour ramener un enfant vivant, surtout s'il souffre depuis quelque temps.

B. Extraction par le siège. — A cause de ces inconvénients quelques-uns préfèrent au forceps la version de Braxton-Hicks, soit mixte, soit purement interne. Nous ne décrivons pas en détail ces procédés. (Voir thèse de Mme Boyer). Qu'il nous suffise de dire que deux résultats sont possibles : ou la procidence persistera, et le pied abaissé lui fera un tampon protecteur, ou elle se réduira, et le but cherché sera atteint. Malheureusement dans ce cas l'accouchement ne peut avoir lieu que par le siège. « Or on sait tous les dangers que présente ce mode de terminaison. Pour ces raisons nous ne pratiquerons point la version bipolaire. » (Boyer).

Article II. — Ballon de M. Champetier de Ribes.

Ce ballon que nous vu employer souvent à la clinique Baudelocque peut rendre de grands services. « Applicable à tous les cas, et conjurant à coup sûr tout danger de compression, il laisse au choix de l'accoucheur le mode de terminaison le mieux approprié aux circonstances » (Boyer). Ces effets viennent de ce qu'une fois introduit au-dessus de l'orifice interne, et gonflé à son maximum, il déplace *toujours* la présentation et repousse vers le fond de l'utérus l'enfant et le cordon. Il réduit *forcément* les procidences *irréductibles* aux autres moyens; et l'opérateur est libre de l'extraire quand bon lui semblera pour terminer l'accouchement. Avantage énorme qui, faisant une sorte de grossesse gémellaire artificielle, permet de traiter à son gré le second fœtus, le premier « réduit à sa tête » une fois sorti. Nous n'insisterons pas davantage sur les services que peut rendre le ballon Champetier; ils ont été longuement étudiés ailleurs (1).

Qu'il nous suffise de rappeler que ce grand réducteur de procidences, peut en être aussi le producteur, s'il est mal manié comme nous l'avons dit. On doit le surveiller sans cesse, et n'y toucher

(1) Thèse de Mme Boyer, Paris 1892.

qu'avec précaution comme à l'ainé de deux jumeaux dont la vie du second dépend de l'extraction opportune du premier (1).

Forceps, version bi-polaire et surtout ballon Champetier, tels sont donc les trois agents au service de l'accoucheur en face d'une procidence irréductible ; les deux derniers aussi bien applicables au siège et à l'épaule qu'au sommet.

(1) Avant l'invention du ballon, l'accoucheur était obligé dans les procidences irréductibles d'attendre pour intervenir la dilatation complète.

Dans ce cas, on introduisait la main dans le vagin, et à chaque contraction on entourait le cordon de deux doigts ; la compression agissait ainsi sur les doigts et non sur le cordon. Mais il fallait quelquefois rester des heures dans cette position. Dans un cas (fait rapporté dans la thèse de M^{me} Boyer), M. le professeur Pinard dut maintenir *6 heures* sa main dans les organes génitaux. Cette manœuvre était des plus fatigantes.

DEUXIEME PARTIE

DU PROCUBITUS DU CORDON OMBILICAL

DÉFINITION. — NOTIONS GÉNÉRALES

Les anciens définissaient le procubitus (pro, en avant ; cubitus, couché) « le prolapsus du cordon ombilical s'engageant dans les membranes non rompues. » C'est la définition que l'on trouve encore dans Robin et Littré. On s'est aperçu assez vite qu'ainsi compris le procubitus n'était qu'une variété de procidence, la présentation de M. Varnier. Et dans ces dernières années on s'est efforcé de fixer des limites précises à ce genre de prolapsus. « L'engagement du cordon peut se faire au-dessous ou à côté de la partie foetale qui se présente », dit M. Tarnier (1). M. Varnier (2) est plus explicite ; pour lui, il y a procubitus, quand « la

(1) Tarnier. Dictionnaire de médec. et de chir. pratique. Art. Cord.

(2) Varnier. Revue pratique d'obstét. et d'hyg. de l'enfant, (loc. cit.)

partie mobile s'insinue entre la grande circonférence de la présentation et la paroi utéro-pelvienne », définition très nette mais excluant malheureusement les cas (et ils sont nombreux) où le cordon reste en arrière de la « grande circonférence de la présentation. » (Voir la note).

Note sur une nouvelle façon de comprendre le procubitus. — Voici, comment, selon nous, on pourrait concevoir les différentes variétés de prolapsus du cordon. Tout le monde conviendra que le vieux mot de procubitus (pro, devant ; cubitus, couché) répond assez mal à la signification du fait actuellement défini par M. Pinard.

Examinons donc ce qui se passe, quand le cordon descend d'une façon intempestive avec la partie fœtale qui se présente. Prenons une présentation du sommet sa grande circonférence répondant au diamètre sous occipito-frontal. Le cordon tombant à ce niveau dans l'intervalle d'une contraction peut se comporter de deux façons différentes ; il pourra s'anchir le mur de la grande circonférence en un endroit où il est naturellement excavé, au niveau des fosses temporales, ou en tout autre point, si l'engagement n'est pas encore très prononcé ; et s'il tombe en avant de l'obstacle, nous aurons la vraie procidence.

Mais qu'au moment où le cordon arrive au niveau de la grande circonférence, il se trouve arrêté soit en ce point même *sans le dépasser*, soit *au-dessus*, on aura un procubitus (d'après la définition de M. Varnier le procubitus n'existe que si le cordon est au *niveau* même de la grande circonférence) que nous appellerions plus volontiers avec M. Lepage *paracidence* (*παρά* auprès, cecidi j'ai tombé), la chute étant toujours le phénomène initial de l'accident.

Nous n'avons pas l'autorité suffisante pour rayer l'ancienne terminologie d'un trait de plume et prétendre faire accepter notre néologisme. Mais cette conception des prolapsus nous paraît si rationnelle, que nous avons cru quand même devoir la signaler.

Nous adopterons la formule de M. le Professeur Pinard : « le procubitus, c'est là chute intempestive d'une petite partie fœtale (ici le cordon) qui accompagne la présentation lorsque celle-ci tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale. » Dans la procidence, on s'en souvient, elle la précédait.

HISTORIQUE

Considéré généralement comme une simple variété de procidence, « une procidence méconnue » le procubitus n'a guère été étudié en particulier.

Mme Lachapelle, parlant d'un cas où le cordon « accompagne la présentation » semble l'avoir distingué la première (Pratique des accouchements, IX mémoire, Paris 1819). Jacquemier (Manuel d'accouchements. tome II. 1846) et Nœgele (De funic. ombilic. Heidelbergae, 1839) n'ajoutent que quelques faits à l'étiologie des « procidences méconnues. »

Le procubitus est mieux isolé avec Depaul (leçons de clinique obstétricale 1872-1876. Proc. du cord. ombilic. p. 575 et suiv.) qui « dans certains cas où l'enfant meurt sans que rien d'appréciable puisse l'expliquer » pense que le cordon a été comprimé « au niveau de la tête » ; avec Matthews Duncan (on express. of the cord. in transact of the obstetr. Society London, 1879) ; avec M. Tarnier (Dictionn. de méd. et de chir. prat. Art. cordon et Journal des Sages-Femmes (1892).

Enfin la thèse de Pellisson (des procidences méconnues du cordon ombilical, Paris 1890) jette un jour nouveau sur la matière. Malheureusement le terme de « latérocidences » dont se sert

l'auteur pour désigner le procubitus, est assez mal choisi, et, bien que nous soyons prévenus que sous ce nom sont rangés les prolapsus antérieurs, postérieurs et latéraux, cette terminologie est défectueuse ; car dans sa signification stricte, le nom de latérocidence ne convient qu' à une très minime partie des procubitus.

Au reste cette thèse est une étude intéressante à laquelle nous ferons plus d'un emprunt.

Fréquence. — La fréquence du procubitus est bien différente selon qu'on l'étudie chez les primipares ou chez les multipares.

A. Primipares. — Ici nous relevons 29 cas sur 2586 accouchements ou 1 procubitus sur 89 accouchements : 1,13 0/0.

B. Multipares. Les chiffres ne s'élèvent qu'à 13 sur 2914 accouchements, 1 cas sur 130 : 0,44 0/0.

Le procubitus est rare chez les multipares ; telle est la conclusion que nous pouvons déjà tirer ; chez elles la chute du cordon va plus souvent jusqu'à la procidence. Nous en verrons les causes par la suite.

Auparavant ajoutons un dernier tableau qui d'après ce que nous venons de dire ne sera qu'une simple vue d'ensemble) celui du total des procubitus. Sur 5500 accouchements nous obtenons 42 cas : 1 pour 130 ou 0,76 0/0. Nous sommes déjà loin des résultats de Pellisson qui pouvait en citer à peine quelques observations ; et malgré cela, nous sommes convaincus que dans bien des cas où

sans qu'il y eut de circulaires, l'enfant a souffert et le liquide amniotique est devenu vert, il y avait un procubitus *méconnu*. Inutile d'insister sur ce fait : on comprend qu'il doit être fréquent ; nos études ultérieures ne feront que confirmer nos vues en nous montrant toutes les difficultés du diagnostic en pareil cas.

Température.	ÉTAT DE L'ENFANT.	POIDS.	SEXE.	Mensu- ration des membres.	LONGUEUR DU CORDON.	OBSERVATIONS.
N.	V.	3700	M.	25 : 12	65	Ralentissement des bruits du cœur, un peu avant l'expulsion. Au moment du dégagement, procubitus du cordon.
N.	V.	2870	M.	28 : 16	61	Gross. gémeil. (1 ^{er} enf.) à l'application de forceps, procubitus du cordon et de la main gauche.
N.	V.	4290	M.	35 : 6	53	Procubitus du cordon sous la symphise pubienne, la tête à la vulve.
Le 9 ^e jour : 39,1. N. ensuite.	V. né en état de mort appa- rente.	3050	M.	34 : 11	90	Procubitus du cordon et de la main droite. Rétropulsion au lacet.
N.	M.	4020	M.	24 : 9	35	Procubitus du cordon et de la main gauche à la rupture des membranes.
N.	V.	4840	M.	24 : 17	47	Au moment de l'expulsion, procubitus du cordon avec circulaire autour du membr. infér. gauche.
N.	V.	3400	M.	36 : 9	66	Ralent. des bruits du cœur à dil. complète. Procubitus du cordon au niveau de l'oreille gauche.
N.	V. (mort ap- parente.	3400	M.	?	72	Procubitus du cordon et d'une main au cours du travail. Rétropulsion manuelle.
N.	V.	2650	F.	30 : 40	60	Procubitus du cordon et du pied droit avec circulaire autour de ce dernier.
N.	V.	1850	F.	35 : 0	43	Procubitus du cordon à l'abaissement du pied gauche.
N.	V.	2660	M.	28 : 19	59	Procubitus du cordon au niveau de l'oreille au moment du dégagement.
N.	V.	3400	M.	30 : 6	65	Procubitus du cordon au niveau de l'oreille au moment du dégagement.
N.	V.	3040	M.	30 : 12	69	Procubitus du cordon et de la main gauche au moment du dégagement.

ÉTIOLOGIE

CHAPITRE I.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Nous ne rappellerons pas les règles que nous avons posées dans notre première partie, touchant les causes prédisposantes de la procidence ; nous tomberions dans les redites ; et, pour nous y exposer le moins possible, nous serons souvent très bref.

Article Premier. — Défaut d'accommodation venant du canal utéro-pelvien.

§ 1. — Insertion vicieuse du placenta.

A. Primipares. — Chez nos 29 primipares ayant présenté des procubitus, il y a 17 insertions basses, les 315 ; et, fait très intéressant, nous ne relevons ici comme cause associée qu'une seule hydramnios.

Dans plus de la moitié de ces procubitus, le placenta prævia semblait être l'unique cause prédisposante.

4 mensurations n'ont pas été prises.

B. Multipares. — 5 insertions vicieuses sur nos

13 multipares ; plus d'un tiers ; 1 mensuration négligée : 1 siège et une épaule compliquent 2 de ces 5 cas.

Nous voyons déjà le rôle immense que semble jouer ici le placenta prævia, puisque même en réunissant nos deux catégories de femmes nous trouvons 22 fois sur 42 ; plus de la moitié.

De nos nombreuses observations voici la plus démonstrative.

OBSERVATION I. (Tab. C. 1891 : 823.)

La femme R. 30 ans, primipare, en travail depuis cinq heures du matin, entre à la clinique Baudelocque à 7 heures le 5 juin 1891. Elle a eu la fièvre typhoïde à 9 ans. Bonne santé habituelle.

D'après les vagues renseignements que l'on peut obtenir elle est enceinte de 9 mois. Le sommet en présentation droite postérieure est assez engagé. Enfant vivant.

10 h. du matin : dilatation complète, liquide amniotique verdâtre (rupture de la poche des eaux au cours du travail). A 11 h., Mlle Roze, auscultant, trouve les battements ralentis. Le forceps est préparé, ils redeviennent normaux, puis de nouveau irréguliers à 11 h. 40. M. Potocki constate que la rotation n'est pas faite ; l'oreille droite est en arrière, dans la concavité du sacrum ; on y glisse la cuiller droite ; puis la main droite introduite à gauche et en avant y guide la cuiller gauche derrière la symphyse pubienne ; on articule ; il semble qu'un obstacle s'oppose au libre jeu du forceps. Tractions et rotation artificielle A 11 heures 50, au moment du dégagement, on aperçoit

une anse de cordon et la main droite au niveau de l'oreille. Enfant vivant masculin de 3450. Membranes 29 : 0. Cordon, 0,74.

Devons-nous invoquer encore les grands mécanismes dont nous avons parlé à la procidence? Exception faite pour le rapprochement du cordon de la zone dangereuse, nous ne le croyons pas. Ici en effet l'engagement était effectué dès l'entrée, et il n'y a pas eu de rupture prématurée des membranes. Nous serions plutôt porté à croire que le placenta agit dans ce cas comme un coin formant sur ses côtés une sorte de petite rigole trop étroite pour que le cordon puisse s'y engager tout entier, mais lui permettant néanmoins de s'y insinuer.

§ 2 Bassin vicié.

Relativement au placenta prævia, les rétrécissements du bassin sont ici beaucoup moins fréquents que dans les procidences. 6 seulement de nos 29 primipares avaient des pelvi-viciations (un diamètre promonto sous-pubien de 10,8, l'autre de 11,8 ; les autres non mentionnés) dont une avec hydramnios : soit 1/5.

B. — Un seul bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien de 10,3, chez nos 13 multipares. Le total général nous ramène à 1/6 des cas ; 7 pour 42.

OBSERVATION II. (Tab. C. 344: 1893).

La femme M. 21 ans, primipare, en travail depuis le 10 mars, minuit, entre à la clinique Baudelocque le 11 mars 1893 à 8 h. du matin. Bonne santé habituelle. Dernières règles le 30 mai ; mouvements actifs en octobre. Hauteur de l'utérus » m 34.

L'enfant se présente par le sommet en gauche transverse, pas d'engagement. Le diamètre promonto-sous-pubien, = 11, 8.

A 11 h. dilatation complète ; les bruits du cœur deviennent sourds ; rupture des membranes, liquide verdâtre. La tête commence à descendre. A 11 h. 10, application de forceps au détroit supérieur. Au moment du dégagement, procubitus d'une anse de cordon au-dessus de l'oreille. Fille vivante de 3100 gr. Cordon, 0, 88. Pas de mensuration des membranes.

Comment agit le bassin rétréci ? Encore en empêchant l'engagement sans aucun doute, et en laissant la voie libre au niveau des deux symphyses sacro-iliaques.

§ 3. — Obstacle à l'engagement par réplétion de la vessie.

Nous avons relevé chez une primipare une curieuse observation où le procubitus semble dû à la non accommodation par réplétion vésicale. La voici.

OBSERVATION III (V. tab. C. 1891 : 820).

La femme H. primipare, en travail depuis 2 heures du soir, entre à 3 heures à la clinique Baudelocque le 24 juin 1891. A part des bronchites fréquentes, elle jouit d'une bonne santé. Dernières règles le 20 septembre : mouvements actifs à la fin de janvier ; hauteur de l'utérus 0 m. 36. Présentation du sommet non engagé en droite transverse. Bassin normal. Enfant vivant.

25 juin, à 4 h. 50 : dilatation complète et pas d'engagement. Par le cathétérisme on retire 450 gr. d'urine et l'engagement s'effectue aussitôt. A 4 h. 50 rupture des membranes. Liquide à peu près normal. A l'expulsion à 6 h. 20, procubitus de la main gauche coiffée du cordon. Fille vivante de 2800 gr. Membranes : 26[6. Cordon 0, 70.

Quoique découvert seulement à la fin du travail, le procubitus a dû avoir comme cause première la réplétion de la vessie jointe sans doute au volume du fœtus, un peu inférieur à la normale.

§ 4. — Multiparité.

Il est impossible d'en tenir grand compte d'après notre statistique, puisque deux femmes seulement étaient à leur 4^e enfant, toutes deux avec une présentation du siège. Néanmoins la multiparité étant une cause de présentation vicieuse et de non-engagement, doit pouvoir être dans certains cas une cause de procubitus.

*Article II. — Obstacle à l'accommodation
venant du contenu utérin.*

§ 1. — Hydramnios.

A. *Primipares.* — Deux fois sur 29 procubitus, nous rencontrons cette cause de dystocie, une

fois avec un bassin rétréci, une fois avec une insertion basse du placenta.

B. Multipares. — Ici sa fréquence est beaucoup plus grande : 4 hydramnios sur 13 cas, presque 1/3.

En réunissant tous nos cas ensemble, nous le trouvons 1 fois sur 7 ; ou 6 sur 42.

OBSERVATION IV. (V. tab. C. 1891 : 454).

La femme D. 24 ans, primipare, en travail depuis la veille à 11 h. du soir, entre à la clinique Baudelocque à 11 h. du matin le 11 avril 1891. Bonne santé habituelle. Dernières règles le 16 juillet. Hauteur de l'utérus, 0 m 33. Présentation du sommet. amorcé en gauche transverse. Enfant vivant.

10 h. 35 du soir : dilatation complète ; à 10 h. 40 du soir, rupture des membranes ; liquide amniotique très abondant et normal. A 6 h. 45, au moment de l'expulsion, procubitus du cordon, les bruits du cœur étaient devenus sourds à la fin du travail. L'enfant naît en état de mort apparente ; ranimé par des frictions et un bain sinapisé. Fille de 2300 gr. Membranes, 21/5. Cordon 0,50.

Avec l'hydramnios, la présentation foetale étant baignée de tous côtés par une couche de liquide considérable, rien d'étonnant à ce que le cordon glisse sur cette pente avec la plus grande facilité.

§ 2. — Grossesse gémellaire.

Une seule fois, chez une multipare, nous pouvons invoquer la grossesse gémellaire comme

cause de procubitus. La main et le cordon du second fœtus étaient insinués entre la paroi utéro-pelvienne et la tête du premier, et empêchaient sa descente.

OBSERVATION V. (Tab. D, 1891 : 261).

La femme B. 34 ans, II pare, en travail depuis 5 heures et demie, entre à la clinique Baudelocque à 6 h. 45 le 27 janvier 1891, deux accouchements antérieurs terminés à terme par le sommet.

D'après ses renseignements, grossesse de 8 mois et demi environ. Bassin normal, 3 pôles fœtaux : 2 sièges en haut, 1 tête en bas, mobile ; une autre engagée en droite antérieure ; 2 foyers d'auscultation.

9 heures 30 : Dilatation complète (la poche des eaux s'est rompue au début du travail). A 10 heures 45, la tête ne progressant pas, M. Pinard se dispose à appliquer le forceps, et trouve une main et le cordon du second fœtus entre la paroi utérine et la tête du premier. Extraction.

Expulsion spontanée du 2^e fœtus à 11 heures (1^{er}, masculin vivant, de 2870. Membranes 28,6. Cordon, 0,62) 2^e 2770 féminin. Membranes, 16/11. Cordon, 0,69.

§ 3. Fœtus très gros.

D'après la règle que nous nous sommes tracée dans la première partie de cet ouvrage, le fœtus est gros au-dessus de 3500, très gros au-dessus de 4000 g.

A. *Primipares*. — Trois gros fœtus seulement, 2 de 3650 — et l'un avec une insertion basse — et

un de 3980 avec un bassin légèrement rétréci, se rencontrent ici.

B. — Chez les 13 multipares, nous trouvons un enfant de 3700, et un de 4290 avec placenta prævia. Total : 4 gros enfants sur 42 et un seul très gros. Le cas suivant nous paraît typique.

OBSERVATION VI. (Tab. C. 1893. 639).

La femme S. 21 ans, primipare, vient consulter le 16 avril 1893 à la clinique Baudelocque. Elle a eu la fièvre typhoïde à 9 ans. Bonne santé habituelle.

Elle a eu ses dernières règles le 20 Juillet. Mouvements actifs en novembre ; hauteur de l'utérus, 0 m. 42. Bassin normal. Présentation du sommet en gauche transverse. Engagement non effectué. 4 mai, 1^{res} douleurs à 2 heures 1½ du matin. A 9 heures, dilatation complète, rupture artificielle des membranes ; liquide vert. Battements sourds, tête toujours au détroit supérieur. M. Lepage fait une application de forceps ; et, au niveau de l'oreille, à 2 centimètres au-dessous de l'angle sacro-vertébral ; il trouve un procubitus du cordon. Extraction à 11 heures 53 ; circulaire lâche autour du cou, ayant formé le procubitus. Fille vivante, née en état de mort apparente, vite ranimée. Poids 3980. Cordon, 0,61.

Le cordon a glissé, parce que la tête trop volumineuse tardait à s'engager.

C. Sexe. Sur nos 7 enfants gros et très gros, un seul, celui qui fait le sujet de notre observation était un fille.

§ 4. — Petitesse du fœtus.

Nous n'avons pas trouvé d'enfants au-dessous de 2000 chez les 29 primipares qui font le sujet de cette étude, tandis que chez les 13 multipares, nous avons un enfant de 1020, un de 1810 et un de 1850, ces deux derniers vivants ; mais le premier se présentait par l'épaule avec une insertion vicieuse ; et les 2 autres par le siège, l'un avec le placenta prævia. Devant l'impossibilité où nous sommes de faire la part à chacune de ces différentes causes, nous préférons ne pas pousser plus loin cette étude, et retenir seulement le chiffre de 14 ou 3 fœtus très petits sur 13 enfants de multipares.

§ 5. — Longueur du cordon.

A. Primipares. — Sur 29 cas, 4 cordons sont au-dessus de 0^m70 ; dont 1 de 0^m85, et l'autre de 0^m88, mais le premier avec une insertion vicieuse, le second avec un bassin rétréci.

B. Multipares. — Nous trouvons 2 cordons au-dessus de 78, l'un de 72 avec un bassin rétréci, l'autre de 90, sans autre cause appréciable.

OBSERVATION VII. (Tab. D. 1891 : 696.)

La femme F. 32 ans, II pare, en travail depuis 5 h. du matin, entre à la clinique Baudelocque à 8 h. 30 le 30 mai

1891. Sa première grossesse s'est terminée par un avortement à 2 mois et demi suivi d'une péritonite.

Dernières règles le 11 août, mouvements actifs au commencement de janvier ; hauteur de l'utérus 0 m. 37. Présentation du sommet, amorcé en gauche transverse. Enfant vivant. Bassin normal.

A 2 h. 45 : rupture spontanée des membranes, liquide vert.

A 8 h. 45 ; dilatation complète, bruits sourds. Mlle Roze introduit la main dans les organes génitaux et sent en arrière un procubitus du cordon et de la main. Retropulsion au lacet. A 10 h. 20 les battements sont redevenus bons ; mais le travail ne marche pas.

M. Varnier fait une application de forceps en position transverse.

A 10 heures 40 extraction d'un enfant mâle de 4050, né en état de mort apparente, et qui a crié après 15'. Membranes : 31/11. Cordon : 0.90.

Nous avons voulu à citer cette observation, parce que la longueur de la tige funiculaire nous semble avoir plus d'importance dans l'étiologie du procubitus que dans celle de la procidence. Le cordon s'insinuera dans la gouttière formée par la paroi utéro-pelvienne et le fœtus, avec d'autant plus de facilité qu'il aura plus de points en rapport avec elle, et ceci se produira surtout, quand grâce à sa longueur, il rampera au-dessus d'elle comme un serpent aux multiples replis. On voit que nous nous rapprochons par là des circulaires lâches que nous étudierons dans un instant.

Retenons seulement la fréquence du cordon long dans tous les cas de procubitus : 6 pour 42 ou 1/7.

§ 6. — Circulaires lâches.

Pour que le procubitus se produise avec un circulaire, il faut que la partie fœtale autour de laquelle s'enroule le cordon soit elle-même en présentation ou très près de la présentation. Le cœ peut présenter des circulaires assez lâches pour être comprimés ; mais le fait est très rare. Autour des membres au contraire la compression est fréquente.

A. Primipares. — Nous relevons 5 circulaires lâches avec procubitus, chez nos 29 primipares. 4 fois le cordon est enroulé sur la main ou sur le bras, eux-mêmes en procubitus dans des présentations du sommet : sur ces 4 cas, 3 insertions viciées, et un bassin rétréci. Une fois dans une présentation du siège, le circulaire existe autour d'un pied.

OBSERVATION VIII (Tab. C. 1891. 661).

La femme H. primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 31 mars 1891. Bonne santé habituelle, rhumatisme articulaire aigu à 4 ans.

Dernières règles le 15 juillet. Mouvements actifs en octobre ; hauteur de l'utérus 0, 33. La tête est dans le flanc gauche, non engagée.

Bassin vicié, 10, 8 (M. Potocki). Enfant vivant.

22 mai, 5 h. du soir, premières douleurs.

23, 5 h. du matin. Dilatation complète ; rupture artificielle des membranes ; liquide normal. A 11 h. 30 le liquide

devenait vert, et au moment de l'expulsion on constate un procubitus de la main gauche avec circulaire lâche autour. L'enfant a perdu son méconium. C'est une fille vivante, de 3070 gr. Membranes 17½. Cordon 0 m. 57.

B. Multipares. — Deux procubitus sont relevés ici, l'un autour du pied en procubitus avec présentation du sommet; l'autre avec un siège. Voici ce dernier cas.

OBSERVATION IX. (Tab. D. 1892 : 431).

La femme. V. 27 ans, IV pare, en travail depuis 7 h. du matin, entre à la clinique Baudelocque à 1 h. 30 du soir, le premier avril 1892. A son premier accouchement normal il s'est produit une procidence d'une main; au 2^e enfant mort à 8 mois et demi; au 3^e enfant né à terme bien portant. Leucorrhée pendant sa grossesse actuelle.

Dernières règles le 4 août. Mouvements actifs, premiers jours de décembre; hauteur de l'utérus 0 m 29. Présentation du siège en gauche transverse; enfant vivant. On constate un circulaire lâche autour du membre inférieur gauche avec compression.

5 h. du soir dilatation complète. A 5 h. 5 expulsion d'un enfant mâle de 1810 gr. vivant. Membranes 24½. Cordon 0 m 47.

Notre relevé nous donne 7 circulaires lâches sur 42 procubitus ou 1⅙ des cas. Le mécanisme est facile à saisir comme un ruban flottant, le circulaire lâche peut être pincé entre la paroi utérine et le membre qui lui sert de support ou entre celui-ci et le fœtus. Au milieu des mouvements de progression de l'enfant et des contractions utérines, le cordon ne peut guère échapper au procubitus.

Article III. — Présentations

§ 1. — Présentations du sommet.

A. Primipare. — La plupart de nos cas de procubitus (27 sur 29) se sont produits avec des présentations du sommet chez les primipares. Si nous faisons le détail des positions, nous trouvons seulement 6 gauches transverses et 3 droites transverses : soit 9 défauts d'engagement, sur lesquels 3 bassins rétrécis et 4 insertions vicieuses ; et à côté de celles-ci 18 positions, normales avec engagement (les 213) : 8 gauches antérieures, 9 droites postérieures et 1 droite antérieure. La position semble donc n'être à peu près pour rien dans l'étiologie du procubitus ; il faut en rechercher les causes ailleurs.

B. Multipares. — Même résultat chez les multipares : 10 sommets sur 13 : dont 2 transverses et 5 gauches antérieures, 2 droites postérieures et 1 droite antérieure. Ce qui fait au total : 37 sommets pour 42 procubitus.

§ 2. — Présentation du siège.

A. Primipares. — Nous ne la relevons que 2 fois, et 1 fois avec un bassin vicié sur 29 cas.

B. Multipares. — Deux cas aussi sur 13 procubitus ; une fois avec insertion vicieuse.

4 fois sur 42 ou 1 sur 10, c'est avec une présentation du siège que le cordon « accompagne la présentation. » Et dans la moitié des cas il y a en même temps un circulaire lâche autour de l'un des membres inférieurs. Nous renvoyons à l'observation IX qui est un type de ce genre.

§ 3. — Présentation de l'épaule,

Une seule fois, nous l'avons relevée chez une multipare.

OBSERVATION X. (V. Tab. D. 1891-1897).

La femme V., 25 ans, II pare, en travail depuis 6 h. 1½ du soir, entre à la clinique Baudelocque à 11 heures, le 7 décembre 1891. Elle a accouché déjà une fois d'un enfant macéré de 6 mois 1½. Dernières règles le 14 avril; mouvements actifs à la fin d'août; hauteur de l'utérus, 0,24. La femme ne sent plus remuer depuis le 27 novembre. Pas d'engagement, ni de présentation.

8 décembre, 2 heures du matin, rupture de la poche des eaux qui bombait avec une dilatation de 5 fr.; liquide abondant et noirâtre; au toucher, on sent la main gauche avec le cordon enroulé autour et une autre partie mal déterminée; le cordon coupé, on reconnaît l'abdomen avec l'autre main; la colonne vertébrale est pliée en arrière; avec douceur on dégage les fesses, puis les membres inférieurs, et à 5 h. 20 dégagement de la tête; enfant mâle, mort et macéré de 1,020 gr. Membranes, 25/9, Cordon, 0^m35.

Un circulaire lâche existant dans ce cas, nous voyons que les présentations n'ont par elles-mêmes

à peu près aucune influence sur la production du procubitus. Inutile de les étudier davantage.

§ 4. — Procidence simultanée d'un membre.

La procidence complexe est ici excessivement fréquente.

A. Primipares. — 14 fois sur 29 (la 1/2 des cas) la procidence du cordon était accompagnée de celle d'un membre. Si nous en défalquons les 5 circulaires lâches dont nous avons déjà parlé, il nous reste encore 9 cas très nets de procubitus double dont 4 avec insertion vicieuse.

B. Multipares. — 7 fois sur 13 (dans la 1/2 des faits) un membre accompagne le cordon chez nos multipares. Soustraction faite de deux circulaires, il reste 5 procubitus doubles (2 avec placenta prævia ; 1 avec bassin rétréci.)

OBSERVATION XI (Tab. D. 1893 ; 459).

La femme M. 27 ans, II pare, en travail depuis une heure, entre à la clinique Baudelocque à 5 h. 1/2 du matin, le 1^{er} avril 1893. Dernières règles le 15 juillet. Mouvements actifs à la mi-septembre : hauteur de l'utérus 0 m. 47.

Présentation du sommet très engagé en droite postérieure : enfant vivant. A 6 h. 15 dilatation complète : rupture spontanée des membranes ; liquide normal. A 7 h. expulsion d'un enfant mâle vivant de 3010 gr. Au moment

du dégagement, procubitus de la main gauche et du cordon au niveau de l'oreille droite. Membranes 3012. Cordon 0 m 69.

N'est-ce pas ici le membre procident qui a tracé le chemin au cordon ? On voit du reste par nos chiffres (en bloc un tiers des cas ; 14 sur 42) l'importance des procidences complexes dans l'étiologie du procubitus.

Placenta prævia pour la moitié des cas ; procidence d'un membre pour 113. Circulaires lâches et bassin vicié pour 116 chacun ; hydramnios et cordon long chacun par 117 ; tels sont donc d'après notre statistique, les grands facteurs étiologiques du procubitus, les autres causes pouvant être plus ou moins négligées.

CAUSES DÉTERMINANTES & MÉCANISME DU PROCUBITUS

CHAPITRE PREMIER

CAUSES DÉTERMINANTES VENANT DE LA CONTRACTILITÉ UTÉRINE.

Bien différent sous ce rapport de la procidence, le procubitus se produit presque toujours lentement, parfois même d'une façon intermittente ; et ce ne sont plus les grandes interventions, les mouvements brusques qu'il faut incriminer ; c'est l'organe contractile, l'utérus qui est le plus souvent en jeu. Ce fait ne doit pas nous surprendre, puisque le procubitus est surtout fréquent chez les primipares, et nous savons que chez elle la dystocie vient plus souvent des parties molles que d'ailleurs.

§ 1. — Défaut de contraction du segment inférieur et ralentissement du travail.

A. Primipares. — 7 fois sur 29 (1/3 des cas), nous voyons le travail se ralentir sensiblement au

cours de l'accouchement ; une fois, il n'a duré que 16 heures et les autres fois il est toujours allé au-delà de 20. Qu'on n'aille pas croire cependant que c'est sur un laps de temps plus ou moins long que nous jugerons de l'arrêt du travail. L'utérus peut continuer de se contracter pendant une journée entière, comme il peut s'arrêter au bout de quelques heures.

Nous ne signalons ici que les cas où nous avons trouvé noté ce ralentissement, et on voit qu'ils sont encore nombreux. Sur ces 7 procubitus, 2 fois un rétrécissement du bassin explique la lenteur de l'accouchement. Voici l'un des 5 autres.

OBSERVATION XII. (Tab. C. 1891 : 115).

La femme B., primipare, en travail depuis le 25 janvier (8 h. du soir), entre à la clinique Baudelocque le 26 janvier 1891, à 8 heures du matin. Bonne santé habituelle. A eu la fièvre typhoïde à 13 ans, et la variole à 20 ans.

Dernières règles le 15 avril, mouvements actifs à la mi-août ; hauteur de l'utérus, 0^m34 ; leucorrhée depuis 3 mois.

Présentation du sommet non engagé en gauche transverse. Bassin normal, membranes rompues. A midi, la dilatation est complète et la tête au détroit inférieur. Alors le travail s'arrête et la tête ne fait aucun progrès.

A midi 45, en introduisant les cuillers du forceps, on sent un procubitus du cordon que l'on rétropulse, et l'on fait l'extraction d'une fille, née en état de mort apparente, rapidement ranimée de 3,080 gr. Membranes, 26/8. Cordon, 0^m70.

Dans cette observation, il est incontestable que le travail était ralenti pour ne pas dire arrêté. Comment, dans ce cas, s'est-il produit un procubitus? Nœgele (1) le premier a répondu à cette question en invoquant le « peu d'intensité des contractions du segment inférieur d'où défaut d'application exacte sur la partie fœtale qui s'engage ». « Que le segment inférieur vienne à se relâcher par une sorte d'inertie musculaire, dit M. Tarnier (2), et la descente du cordon deviendra possible..... Il n'est pas bien rare de sentir une anse de cordon à côté du sommet au début du travail; et néanmoins la tête peut s'engager sans le cordon, si ce dernier est maintenu en place par les contractions du segment inférieur ».

Mais encore faut-il, pour que ces contractions soient efficaces, que la partie fœtale en présentation « fasse la moitié du chemin »; il faut qu'elle soit assez développée, pour permettre à l'utérus de la « coiffer comme d'une étroite calotte ». Or, sur les 7 cas de procubitus que nous étudions en ce moment, 6 fois l'enfant était au-dessous de 3,000 (2,300, 2,800, 2,650, 2,680, 2,650, 2,070). Il ne faut donc pas s'étonner que 5 fois sur 7 un membre ait trouvé une place pour accompagner le cordon. La petitesse du fœtus et le défaut d'accommodation du segment inférieur sur la région

(1) Nœgele. De funic. umbilic. Heidelbergæ, 1839.

(2) Tarnier. Dict. de méd. et de chir. pratiq. Art. Cordon.

foétale : telles sont les grandes causes du procubitus.

B. Multipares. — Ces causes étant beaucoup plus rares chez les multipares, il était logique de penser qu'on y trouverait guère de procubitus par arrêt du travail ; l'observation confirme la théorie. Dans le seul accouchement de multipare, où le travail se soit ralenti, le bassin était fortement rétréci (10,3).

Lenteur de l'accouchement par résistance du périnée, et ampliation pénible des voies génitales ; fœtus trop petit pour que l'utérus puisse arriver à l'enserrer exactement, d'où finalement fatigue du segment inférieur et arrêt de ses contractions, permettant la descente du cordon, tel doit être en ce cas le mécanisme du procubitus.

§ 2. — Rupture des membranes.

Si importante dans les procidences, cette cause ne se rencontre ici qu'une seule fois chez une multipare ; et, bien que dans ce cas (Observ. X), le procubitus se soit produit à l'ouverture de la poche des eaux, nous devons remarquer que le fœtus macéré du poids de 1,020 était en présentation de l'épaule. Rien d'étonnant à ce fait, puisque nous avons vu dans notre première partie que la rupture des membranes n'agissait que dans les procidences brusques, et dans le procubitus, le mécanisme est presque toujours lent.

§ 3. — Abaissement d'un pied.

Pas une seule fois sur nos 42 cas de procubitus, nous n'avons pu incriminer le forceps ou la version ; ce qui ne saurait nous étonner, la présentation étant presque toujours eutocique. Dans les présentations du siège, l'engagement était trop prononcé pour permettre de les convertir en sommet. Mais les mouvements d'abaissement des pieds qu'elles ont nécessité ont donné lieu à 2 procubitus : 1 fois chez une multipare (T. D. 1892 : 1113) sans circulaire, et une fois chez une primipare avec circulaire.

OBSERVATION XIII. (Tab. C. 1891 : 396).

La femme B., 28 ans, primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 12 mars 1891. Fièvre typhoïde à 20 ans ; érysipèle à 23. Eruption actuelle de syphilides sur tout le corps. Dernières règles le 15 juin ; hauteur de l'utérus, 0^m32.

Présentation du siège, mode des fesses en droite transverse, non engagé. Rien à l'auscultation.

28 mars, 10 heures du soir ; premières douleurs et rupture des membranes.

29 mai, 5 heures 14 : dilatation comme une paume de main ; Mlle Roze abaisse le pied droit ; circulaire lâche autour, qui se trouve bientôt en procubitus. A 11 heures 30, expulsion d'une fille morte de 3,170 gr. ; deux circulaires autour du cou. Membranes, 28/11. Cordon, 0^m50.

Il est certain qu'ici avec un enfant vivant, le liquide amniotique serait rapidement devenu vert après l'abaissement du pied, par suite de la compression du cordon.

Il est facile maintenant de se faire une idée du mécanisme du procubitus. Une fois sur 6, le ralentissement du travail et le défaut d'accommodation du segment inférieur sur un fœtus trop petit sont en jeu.

Les manœuvres d'abaissement d'un membre et la rupture des membranes se rencontrent quelquefois.

Mais, on le voit, nous sommes loin de nous expliquer la cause déterminante dans tous les cas. Il est probable que c'est l'association des divers mécanismes que nous avons passés en revue qu'il faut incriminer souvent; et parfois sans doute l'un de ceux-ci trop peu accentué pour pouvoir être diagnostiqué. Espérons qu'aujourd'hui que le procubitus est chaque jour mieux connu et mieux observé, l'étude de ses causes déterminantes fera de rapides progrès.

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU PROCUBITUS

Comme pour la procidence nous trouvons des signes rationnels et des signes de certitude.

CHAPITRE I.

SIGNES RATIONNELS

§ 1 — Modification des bruits du cœur.

Auscouter souvent pendant le travail ; tel est le précepte dont l'observation permettra de ne pas laisser passer inaperçu de procubitus ; et cela est ici d'autant plus utile que la constatation directe de la compression du cordon manquera dans la plupart des cas avant l'expulsion. Que d'enfants dont la vie dépend de l'emploi répété du stéthoscope au cours de l'accouchement ! Car « la compression du cordon peut produire dans la circulation foetale des troubles à divers degrés. Il est rare que la mort survienne dans un délai très court.... » (Depaul).

Ne voyons-nous pas dans notre observation I les battements se ralentir à un certain moment ; on

applique le forceps et l'enfant est extrait vivant, avec un procubitus derrière l'oreille. Qui sait si l'enfant ne fût pas mort rapidement, sans cette intervention ?

Nous pourrions multiplier les exemples ; puisque dans 114 des cas, 11 fois sur 42, c'est le ralentissement des bruits du cœur foetal qui a mis sur la voie du diagnostic.

Le timbre des bruits cardiaques est un indice non moins important que leur rythme. Dans nos observations II, IV et VII, les battements devenus sourds font découvrir des procubitus méconnus.

§ 2. Modification du liquide amniotique.

Nous avons vu dans notre première partie comment le Docteur Leroy expliquait l'issue de méconium dans le liquide amniotique dans les cas de souffrance du fœtus.

Or le liquide « purée de pois » se rencontre aussi bien avec les procubitus qu'avec les procidences ; nous pourrions même dire qu'il s'y trouve plus fréquemment par cette raison bien simple que le cordon accompagnant la présentation est moins souvent reconnu que le cordon qui tombé au devant d'elle, de sorte que la compression a tout le temps de s'effectuer. Aussi trouvons-nous le liquide amniotique vert dans 113 de nos cas : 13 sur 42. Dans nos observations VIII et XIII, c'est cette modification qui a indiqué la gravité de la situation. Et là le

danger ne vient pas seulement de ce que la compression funiculaire accomplit lentement son œuvre asphyxique, mais aussi, de ce que « l'enfant après avoir expulsé son méconium, fait des inspirations intra-utérines. Par ces inspirations, il introduit dans ses voies aériennes les liquides utérins et vaginaux ; ces liquides obstruent tout à fait les voies aériennes et l'enfant meurt asphyxié. » (Lévy)

Ces deux modifications, battements sourds ou ralentis, liquide amniotique vert, isolées ou réunies doivent faire rechercher aussitôt à l'accoucheur les signes positifs de procubitus.

CHAPITRE II.

SIGNES DE CERTITUDE

Le signe sensible, la sensation du cordon au niveau de la présentation, on ne le rencontre malheureusement pas toujours, puisque dans notre statistique, 18 fois le procubitus n'a été reconnu qu'au moment de l'expulsion, 9 fois en appliquant le forceps, 2 fois en abaissant un pied ; et 13 fois seulement par l'exploration pratiquée avant toute manœuvre. Le plus souvent dans les présentations du sommet c'est au niveau des oreilles que l'on pourra sentir cette petite partie « mollasse et glissante » ; mais non plus « fugitive » comme dans la procidence ; car elle est généralement fixée.

Les causes d'erreur que nous avons signalées dans notre première partie se retrouvent naturellement ici : insertion vélamenteuse ; pouls de l'explorateur, pouls vaginal ; ce dernier ne doit cependant avoir de l'importance qu'exceptionnellement dans le cas actuel car il faut introduire le doigt assez profondément dans les organes génitaux et jusqu'au niveau de la partie fœtale en présentation pour bien sentir le procubitus.

Et encore, a-t-on senti une partie fœtale, que le diagnostic n'est pas achevé. Car si cette partie ne

bat pas, qui nous dira si c'est un membre ou le cordon ? L'auscultation ; si les battements du cœur restent bons pendant un certain temps et à plusieurs examens fréquemment renouvelés il est probable que ce n'est pas la tige funiculaire qui est comprimée. Si au contraire les bruits du cœur semblent se ralentir par moments, on peut penser qu'on a affaire à un procubitus de la tige funiculaire, le fœtus pouvant vivre assez longtemps avec un cordon flasque et sans battements. « S'il est indiscutable qu'un cordon pulsant avec assez de force appartient à un enfant vivant, le contraire n'est pas aussi certain. Fort souvent les pulsations cessent pendant la douleur, parce que le cordon est alors plus fortement pressé par la partie que le fœtus présente à l'orifice ; et cette immobilité peut quelquefois persister pendant un certain temps sans que l'enfant périsse. (Mme Lachapelle)

On voit toutes les difficultés du diagnostic. Les signes rationnels devront souvent occuper la première place. Un liquide amniotique vert ou des modifications des bruits du cœur doivent toujours faire songer à la compression du cordon ; et il existe certainement beaucoup de faits où elle a dû avoir lieu d'une façon intermittente en quelque sorte, les mouvements convulsifs du fœtus, dûs à l'asphyxie commençante, l'ayant fait cesser. C'est alors qu'on a un liquide purée de pois tout en ne sentant rien. Tel est le cas d'un accouchement par

symphyséotomie qui a fait le sujet d'une des dernières leçons de M. le professeur Pinard (26 mai 1893).

« Nous n'avons pu, dit notre maître, sentir, par les explorations les plus minutieuses, ni procidence ni procubitus, et cependant les modification du liquide amniotique nous indiquent qu'il y a certainement eu compression du cordon à un certain moment. »

Les accidents de ce genre sont fréquents, et demandent une observation attentive ; il nous suffit de les avoir signalés.

PRONOSTIC DU PROCUBITUS.

Si nous ne considérons que nos chiffres nous serions tenté de regarder le pronostic du procubitus comme très bénin puisque sur nos 42 cas, nous ne trouvons que 3 enfants morts, dont un macéré et un décédé avant l'entrée. Mais n'oublions pas que nos femmes ont accouché dans une clinique où la surveillance est la plus sévère et où tous les soins leur sont prodigués. Cette remarque a son importance; car en faisant le détail de notre relevé, nous trouvons 11 enfants extraits au forceps : 9 viables dès l'expulsion, 2 nés en état de mort apparente, ranimés; 4 autres enfants expulsés spontanément n'ont également respiré qu'après quelques minutes; et 2 sont morts peu après leur naissance. Sur ces 13 enfants sauvés, une bonne partie ne doivent-ils pas leur vie à l'accouchement artificiel pratiqué à temps? 25 enfin ont été spontanément expulsés viables. En résumé notre bilan se compose de : 33 enfants nés pleinement viables sur 42, plus des 3[4]; de 6 nés en état de mort apparente dont deux ont bientôt succombé, et de 3 morts nés. Le tableau ci-joint résume ces chiffres.

ANNÉES.	PROCUBITUS													
	PRIMIPARES							MULTIPARES						
NOMBRE TOTAL d'accouchements.	Nombre d'accouchements de Primipares.	Nombre de Procubitus.	Enfants nés vivants.	Enfants nés en état de mort apparente.	Enfants nés morts.	Mort		Nombre d'accouchements de Multipares.	Nombre de Procubitus.	Enfants nés vivants.	Enfants nés en état de mort apparente.	Enfants nés morts.	Mort	
1889	98	43	1	1	1	avant l'entrée.	pendant le travail.	35	1	1	1	1	avant l'entrée.	pendant le travail.
1890	1244	575	1	1	1	»	»	669	4	4	4	1	»	»
1891	1634	809	13	2	1	»	1	845	4	4	1	1	»	»
1892	1834	863	10	2	1	»	»	971	6	5	1	1	»	»
1893	670	296	5	1	1	1	»	374	2	6	1	1	»	»
Total.	5500	2586	29	4	2	1	1	2014	13	10	2	1	3	»

Quelles sont les causes qui favorisent ou aggravent le pronostic du procubitus ?

§ I. — Etat des membranes.

Cette influence n'a plus ici la haute portée qu'elle avait aux procidences. Sur nos deux morts (le m^{or}cé mis de côté) l'un a succombé avant la rupture des membranes, l'autre après. Et chez nos 6 mort apparentes, le procubitus a été reconnu 3 fois avant l'ouverture de la poche des eaux ; 3 fois après. Ce qui ne doit pas nous surprendre, puisque la compression du cordon pris entre les parois maternelle et foetale, dépend des contractions utérines sans grande influence du matelas d'eau ambiant.

§ 2. — Siège du procubitus.

Il semble que ce soit surtout quand le cordon est pris entre deux surfaces dures, « exprimé », comme le dit M. Matthews Duncan, que les dangers sont les plus grands ; tel a été le cas pour l'un de nos deux morts-nés ; l'autre avait un circulaire lâche autour d'un pied. C'est sur les surfaces osseuses du crâne que la tige funiculaire a été comprimée le plus souvent (5 fois sur 6) dans les cas de mort apparente ; une fois c'était sur le genou, avec une présentation du siège complet.

§ 3. — **Procidence simultanée d'un membre.**

Nous ne parlons pas de l'influence des présentations qui serait nulle d'après nos chiffres.

De nos 2 morts, l'un avait un circulaire lâche autour du pied en présentation ; l'autre un procubitus simple. Sur nos 6 morts apparentes, 2 procubitus complexes et 4 isolés.

Etant donné la fréquence relative habituelle des chutes du cordon isolées et associées, ces chiffres n'ont aucune valeur démonstrative.

§ 4. — **Ampleur du bassin et résistance du périnée.**

C'est surtout quand la tête (en présentation) séjourne un certain temps au détroit inférieur et à la vulve que le danger devient pressant. Au bout de combien de temps de compression en ce point le fœtus succombe-t-il ? Après 10-15 minutes, d'après M. Tarnier, l'enfant n'a plus de chances d'être rappelé à la vie. Mais on comprend sans peine que cette limite n'est qu'approximative ; la compression n'étant pas toujours nécessairement totale. De là l'importance de l'ampleur du bassin, de la multiparité, du petit volume du fœtus, du peu de résistance du périnée ; conditions qui font que « peu de temps s'écoule entre l'écoulement du liquide amniotique et l'expulsion » Jacquemier (1); d'où

(1) Jacquemier. loc. citat.

pronostic moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, chez une multipare que chez une primipare. N'est-ce pas la réunion de conditions inverses qui dans notre observation XII a nécessité l'extraction d'un enfant en état de mort apparente ?

Etant donné la fréquence du procubitus et ses dangers chez les femmes qui n'ont pas encore accouché, il est probable que cette dernière cause doit avoir bien plus d'importance que l'état des membranes, le siège du procubitus, et les procidences multiples.

TRAITEMENT DU PROCUBITUS

On ne peut songer à instituer un traitement prophylactique pour le procubitus, comme nous l'avons fait pour la procidence, puisque cette complication ne peut presque jamais être prévue. Nous sommes donc réduits à agir sur le procubitus complètement constitué.

Deux moyens sont à notre disposition pour passer aux dangereuses éventualités d'une compression prolongée. La réduction manuelle ou avec le ballon et l'accouchement rapide.

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — Réduction manuelle

C'est à dessein que nous omettons de parler des autres modes de réduction. Nous croyons avoir suffisamment insisté dans notre première partie sur la supériorité de la réduction manuelle. Est-

elle toujours possible dans le cas qui nous occupe ; si l'engagement (1) n'est pas très prononcé, et si la dilatation est suffisante, on pourra évidemment l'effectuer d'après le manuel opératoire, indiqué à la procidence, que nous pensons devoir modifier néanmoins sur les points suivants.

Nous n'avons plus à craindre de voir une longue anse de cordon nous échapper des mains et glisser à mesure que nous la remontons comme dans le prolapsus vrai ; c'est une petite pointe de cordon qu'il faut repousser ; et il nous semble qu'il vaudra mieux le faire progressivement, par de petits coups, qu'en masse, comme précédemment. Une sorte de taxis doux et prolongé, sans être trop lent nous paraît indiqué. Bien entendu, l'auscultation sera le critérium qui nous avertira que nos efforts été couronnés de succès. Si les bruits du cœur, momentanément affaiblis, redeviennent bons, c'est que le résultat cherché est obtenu. Mais qu'on ne s'y trompe pas, l'accident conjuré peut se reproduire ; et ce n'est qu'en appliquant souvent le stéthoscope, qu'on ne risquera pas de s'endormir dans une sécurité dangereuse.

§ 2. — Réduction avec le ballon.

Si la dilatation est insuffisante pour permettre l'introduction de la main, reste-t-on désarmé ?

(1) Ici comme dans la suite de ce chapitre nous prendrons pour type une présentation du sommet.

Non, le ballon de M. Champetier, introduit à l'aide de ses pinces spéciales, sera d'un excellent emploi et rendra les mêmes services qu'avec une procidence, laissant l'intervention finale au choix de l'accoucheur. (Voir première partie.)

CHAPITRE II

EXTRACTION RAPIDE

Si le procubitus est irréductible avec un sommet très engagé, le forceps semble tout indiqué. Outre que l'on empêchera momentanément la compression en introduisant les cuillers qui feront l'office d'un coin, tout comme un membre procident, on pourra presque toujours extraire rapidement l'enfant qui souffre. Une autre raison plaide en faveur du forceps ; c'est que chez les primipares où l'accident se voit le plus souvent, la dystocie vient la plupart du temps du bassin musculaire.

Il ne semble pas du reste que l'on ait eu trop à se plaindre de ce mode d'intervention ; puisque sur 11 extractions au forceps, 9 enfants ont crié aussitôt nés ; et 2, qui avaient beaucoup souffert pendant le travail, ont pu néanmoins être ranimés.

Donc chez les primipares présentant un procubitus, quand la tête aura franchi le détroit supérieur, que le travail se ralentira ou que l'enfant souffrira, il ne faudra pas perdre un instant et extraire rapidement l'enfant par « les fers ». « L'extraction du fœtus s'impose, dès que les symptômes de compression de la tige funiculaire se montrent. » (Professeur Pinard)

CHAPITRE III.

ABAISSEMENT DU PIED DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Sur nos 4 présentations du siège, 2 fois un pied avait été abaissé ; une fois avec un circulaire lâche ; la mort s'en est suivie ; une autre fois sans accident : 2 fois il n'y a pas eu d'intervention précoce ; une fois l'enfant est né en état de mort apparente, mais le cordon avait été comprimé sur le genou, cas où le danger est toujours sérieux ; l'autre enfant a crié aussitôt expulsé. Dans les cas ordinaires nous conseillons donc de n'abaisser un pied que si d'autres motifs très sérieux (dangers d'une présentation de l'épaule, rigidité du col) nécessitent cette intervention. En tous cas, quand il y a un circulaire autour d'un membre inférieur, il ne faut jamais abaisser ce membre, si l'on ne peut dérouler ce circulaire et le faire disparaître. Dans les cas de nécessité urgente, on pourrait du reste aller à la recherche du membre homologue.

Réduction manuelle et forceps, tels sont dans la grande majorité des cas les deux moyens dont doit se servir l'accoucheur en face d'un procubitus.

FIN

CONCLUSIONS

PREMIÈRE PARTIE.

Le cordon est procident quand il *précède* la *région* fœtale qui se présente, alors qu'elle est engagée ou tend à s'engager dans la filière pelvi-génitale. (Prof. Pinard).

D'après la statistique que nous avons dressée à la clinique Baudelocque, on rencontre une procidence sur 75 accouchements.

Les causes de la procidence sont prédisposantes et déterminantes.

Les premières qui peuvent être toutes ramenées synthétiquement au défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail, proviennent du canal utéro-pelvien par : 1° insertion du placenta sur le segment inférieur qui se rencontre dans la moitié des cas ; par rétrécissement du bassin, presque aussi fréquent ; 3° par multiparité excessive dans 1/3 des cas.

Du côté du contenu utérin, elles proviennent par ordre de fréquence de l'hydramnios, beaucoup plus rare déjà que la multiparité, du volume exa-

géré ou très petit du fœtus, quelquefois enfin de la longueur anormale du cordon et de la grossesse gémellaire.

Sous l'influence de ces deux ordres de causes, se rencontrent : 1° la présentation du siège dans un quart des cas ; 2° celle de l'épaule déjà plus rare ; 3° et les procidences multiples aussi fréquentes.

Les causes déterminantes produisent la procidence lentement ou brusquement.

Dans le premier cas elles sont représentées par les contractions utérines. Dans le second mécanisme : 1° la rupture brusque des membranes ; 2° la version par manœuvres externes pendant le travail ; 3° l'application du forceps ; 4° l'introduction du ballon de M. Champetier insuffisamment surveillé se partagent la responsabilité.

Du reste les procidences du cordon se produisent habituellement sous l'influence de plusieurs de ces causes réunies.

Les signes de la procidence sont rationnels et sensibles.

1° Les modifications de timbre et de rythme des battements fœtaux ; 2° la couleur verte du liquide amniotique forment le premier groupe.

Le seul signe de certitude est la constatation directe du prolapsus, quelquefois par la vue, presque toujours par le toucher.

L'auscultation permet souvent de diagnostiquer l'état de l'enfant.

Le pronostic de la procidence est grave : dans notre statistique, un tiers des enfants sont nés morts ; un quinzième ont succombé peu après leur naissance. Un septième des femmes sont entrées à la clinique, leur enfant déjà mort.

1° L'état des membranes ; 2° la présentation du fœtus ; 3° le siège de la procidence ont peu d'influence sur le sort de l'enfant ; 4° la procidence simultanée d'un membre paraît retarder les accidents.

1° L'ouverture prudente de la poche des eaux ; 2° la réduction méthodique des présentations vicieuses avant le travail ; 3° l'emploi discret du ballon de M. Champetier résument la prophylaxie de la procidence.

Le traitement curatif comprend : la réduction manuelle de la procidence quand la dilatation est complète ; et, quand elle est complète et le prolapsus *irréductible*, l'extraction par le sommet à l'aide du forceps, ou l'extraction par le siège avec version bipolaire.

Dans *tous les cas*, le ballon de M. Champetier, opérant toujours la réduction et laissant le choix du procédé d'extraction, est indiqué.

DEUXIÈME PARTIE

« Le cordon est en procubitus quand il *accompagne* la région fœtale qui se présente et qui es engagée ou tend à s'engager dans la filière pelvienne ». Prof. Pinard.

Le procubitus se rencontre dans notre statistique une fois sur 130 accouchements.

Parmi les causes prédisposantes venant du canal utéro-pelvien : 1° l'insertion du placenta sur le segment inférieur se trouve encore dans la moitié des cas ; 2° le bassin vicié devient rare.

Du côté du contenu utérin : 1° l'hydramnios et 2° la longueur exagérée du cordon sont un peu moins fréquents que les circulaires lâches.

Les présentations vicieuses paraissent sans influence ; mais la procidence multiple se rencontre dans un tiers des observations.

Les causes déterminantes du procubitus sont la petitesse du fœtus et le défaut d'accommodation du segment inférieur sur la région fœtale.

Les modifications de timbre et de rythme des bruits du cœur et la couleur verte du liquide amniotique font soupçonner le procubitus ; la constatation directe permet de l'affirmer.

Le pronostic du procubitus est bénin d'après notre statistique. 3 enfants seulement sur 42 sont nés morts ; 2 avaient succombé avant l'entrée, 6 ont dû être ranimés artificiellement, dont 2 sont morts peu après leur naissance. Le siège du procubitus, l'ampleur du bassin et le degré de résistance du périnée influent sur ce pronostic.

Le traitement du procubitus se compose : 1° de la réduction manuelle, toutes les fois qu'elle est possible ; 2° de la dilatation artificielle de l'orifice utérin avec le ballon, s'il est nécessaire pour

permettre une intervention plus hâtive; 3^e de l'extraction rapide et généralement au forceps, à cause de la fréquence de la présentation du sommet, dans les autres cas; et surtout de « l'extraction du fœtus, dès que les symptômes de compression de la tige funiculaire se montrent. »

Vu par le Président de la thèse,

PINARD.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLIÈRES

Avant-Propos	5
Division du sujet	8
<i>Première partie. — De l'Anatomie.</i>	
Notions préliminaires	11
Influence de la position	13
<i>Etiologie.</i>	14
Chapitre Premier. — De l'Anatomie.	14
Article premier. — De l'Anatomie.	
canal utéro-pelvien	15
§ 1. — Introduction	15
§ 2. — Bases	21
§ 3. — Vues	24
tumeur	26
§ 4. — Mues	29
Article II. — De l'Anatomie.	
contenu utérin	30
§ 1. — Sur	30
α Hydr	32
γ Gross	34
§ 2. — Dis	34
vien	36
α Volum	38
γ Petite	39
δ. Enfa	40
α. Sexe	41
§ 3. — Long	42
Article III. — De l'Anatomie.	
§ 1. — Prés	43
§ 2. — Prés	

§ 3. — Présentation de l'épaule	44
§ 4. — Procidence d'un membre	46
Article IV. — Procidences antérieures	47
Conclusions.	48
Chapitre II. — Causes déterminantes et mécanisme	49
Article premier. — Procidences lentes.	50
Article 2. — Procidences brusques.	51
§ 1. — Rupture des membranes	52
§ 2. — Version par manœuvres externes	54
§ 3. — Forceps.	55
§ 4. — Ballon de M. Champetier de Ribes.	56
Conclusions.	58
Signes et diagnostic de la procidence.	60
Article premier. — Signes rationnels.	60
§ 1. — Modification des bruits du cœur.	60
§ 2. — Modifications du liquide amniotique.	63
Article II. — Signes de certitude	64
§ 1. — Membranes intactes.	65
§ 2. — Membranes rompues.	67
Pronostic de la procidence.	69
Article premier. — Etat des membranes.	72
Article II. — Présentation.	73
Article III. — Siège de la procidence	74
Article IV. — Procidence simultanée d'un membre.	74
Conclusions.	74
Prophylaxie et traitement.	77
Chapitre premier. — Prophylaxie.	77
Article premier. — Présentations vicieuses	77
Article II. — Version par manœuvres externes.	78
Article III. — Ballon Champetier.	78
Article IV. — Rupture des membranes	78
Chapitre II. — Traitement de la procidence.	80
Article premier. — Réduction manuelle	80
§ 1. — Dilatation incomplète.	82
§ 2. — Dilatation complète.	82
Article II. — Ballon Champetier	84

<i>Deuxième Partie.</i> — Procubitus du cordon ombilical. — Définition	87
Historique. — Influence de la parité.	90
<i>Étiologie</i>	93
Chapitre premier. — Causes prédisposantes.	93
Article premier. — Obstacles à l'accommodation venant du canal utéro-pelvien.	93
§ 1. — Insertion vicieuse du placenta	93
§ 2. — Bassin vicié.	95
§ 3. — Obstacle à l'engagement par replétion vésicale.	96
§ 4. — Multiparité	97
Article II. — Obstacles à l'accommodation venant du contenu utérin	97
§ 1. — Hydramnios.	97
§ 2. — Grossesse gémellaire	98
§ 3. — Fœtus très gros.	99
§ 4. — Fœtus très petit.	101
§ 5. — Longueur du cordon.	102
§ 6. — Circulaires lâches	103
Article III. — Présentations	105
§ 1. — Présentation du sommet.	105
§ 2. — Présentation du siège.	105
§ 3. — Présentation de l'épaule	106
§ 4. — Procidence simultanée d'un membre.	107
Chapitre II. — Causes déterminantes et mécanisme du procubitus	109
Article premier. — Causes venant de la contractilité utérine	109
§ 1. — Défaut de contraction du segment inférieur et ralentissement du travail. Petitesse du fœtus	109
§ 2. — Rupture des membranes.	112
§ 4. — Abaissement d'un pied.	113
Signes et diagnostic du procubitus	115
Chapitre Premier. — Signes rationnels	115
§ 1. — Modification des bruits du cœur	115
§ II. — Modifications du liquide amniotique.	116
Chapitre II. — Signes de certitude.	118
Pronostic du procubitus.	121

§ 1. — Etat des membranes.	123
§ 2. — Siège du procubitus	123
§ 3. — Procidence simultanée d'un membre.	124
§ 4. — Ampleur du bassin et résistance du périnée.	124
Traitement du procubitus	126
Chapitre I. — § 1. — Réduction manuelle	126
§ 2. — Réduction avec le ballon	127
Chapitre II. — Extraction rapide	129
Chapitre III. — Abaissement du pied dans la présentation du siège.	130
CONCLUSIONS.	
<i>Première Partie</i>	131
<i>Deuxième Partie.</i>	133

